労災発生連絡票　平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

担当 _____ 様　　連絡元　担当者名 _____

会社名 _____　　営業所名 _____

フリガナ _____ 男

負傷した労働者の氏名 _____ 女　職種 ____　生年月日 _____年____月____日

フリガナ _____

住所 _____　　TEL _____

診療を受けた病院　　労災指定病院・労災指定病院以外・不明

災害発生の日　平成 ____年____月____日　　時刻　午前・午後____時____分頃出勤時・退社時

災害発生の場所 _____　第三者(加害者)あり・なし

交通事故の場合、事故　届提出済み・未提出(理由: _____)

出勤時の場合、家を出た時刻　　[午前 ____ 時 ____ 分]

退勤時の場合、職場を出た時刻　　[午後 ____ 時 ____ 分]

当日の就業時間　　午前・午後 ____ 時 ____ 分～午前・午後 ____ 時 ____ 分

合計3日を超える欠勤の見込み　　あり／なし

現認者氏名 _____　住所 _____　TEL _____

災害発生の原因と状況(負傷の内容もできるだけ詳しく記入)

【どこで】

【どの様に】

【どこの部分を】

通勤経路の略図(所要時間もご記入ください。)

平常時

災害発生時