

# 労災事故報告書

事業所名： \_\_\_\_\_

発生年月日	令和	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
被災者情報	フリガナ						性別	
	氏名						男・女	
	生年月日	年 月 日						
	フリガナ							
	現住所							
	職 種							
処置対応機関 (病院名)	名称							
	所在地							
傷病の程度 (部位及び状態)								
休業見込み期間	日間程度 (内訳) 有休 日 欠勤 日							
災害発生状況及び 原因 (詳細に記入)	①どのような場所で、							
	②どのような作業をしているときに、							
	③どのような不安全の状況があつて、							
	④どのような災害が発生したか。							
事故の 現認者職氏名	職名							
	氏名							

※現認者がいない場合は報告を受けた者の職氏名を記入してください。