

労災事故連絡票

災害の詳細を下記の事項につきましてご記入していただきますようお願い致します。

負傷者 氏名 _____ (入社日 S・H・R____年____月____日)
ふりがな (_____
生年月日 M・T・S・H____年____月____日
住 所 _____
職 種 _____
業務の経験年数 _____

負傷の日時 令和____年____月____日 午前・午後____時____分頃
負傷の部位及び状態 (診断書があれば傷病名)

災害場所 (現場の住所)

工事名 (建設業の場合)

所定労働時間 ____時____分～____時____分
現在の労働者数 ____名

災害の原因及び発生状況 (どのような場所で、どのような作業をしている時にどのような状態で、どのようにして災害が発生したかを詳細に記入してください)

行かれた病院の名称

現認者もしくは第一確認者の氏名

休業の見込期間 約____日・週・月