

# 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\_\_\_\_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 平成\_\_\_\_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