

労災事故発生報告書

平成 年 月 日提出

被災労働者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
仕事内容		電話番号		
当日の業務開始時刻	午前・午後 時 分	整理番号（組合員証に記載）		
普段の就業時刻	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 まで			
被災者住所	〒			
災害発生日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
事故報告者	本人 又は（氏名： 連絡先： ）			
現認者（災害を目撃した人 又は近くにいた人又は当 組合以外で災害発生を最 初に報告を受けた人）	現認者名： 職種（会社名・役職）： 連絡先：			
災害発生状況	元請名 <small>（直接仕事を請けたところ）</small>	個人/会社名： 連絡先：		
	災害発生住所 <small>（番地まで）</small>			
	建物名 <small>（〇〇ビル、〇〇様邸等）</small>	工事名 <small>（新築工事、改修工事等）</small>		
	どういう作業をしているとき			
	どのようにして			
	どこを負傷した			
ケガの程度	入院 あり ・ なし	休業日数	3日以内 ・ 4日以上	
本件事故で受診した病院 <small>（複数ある場合は余白もしくは別紙等にすべてご記入ください）</small>	病院名： 住所： 〒 電話番号： 初診日：			
本件事故で利用した薬局 <small>（複数ある場合は余白もしくは別紙等にすべてご記入ください）</small>	薬局名： 住所： 〒 電話番号：			
略図（災害発生時の状況を 図示してください）				