

# 労災事故発生報告書

平成            年            月            日

被災組合員	ふりがな		生年月日	昭・平	年	月	日
	氏名	( 男 ・ 女 )					( 満 歳 )
	現住所	〒					
	T E L	自宅 :	/ 携帯 :				
	職種						
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)			
就業時刻	午前・午後	時	分	～	午前・午後	時	分
災害発生日時	平成	年	月	日	/	AM・PM	時 分頃
現認者(災害を目撃した人又は災害発生後最初に報告を受けた人)	現認者名:	( 会社名・役職 : 同僚 )					
	連絡先:						
	住所						TEL
災害発生状況	どんな場所(災害発生場所住所(番地まで)と工事名称(元請会社名、担当連絡先))	災害発生場所(番地まで):					
		工事名称:					
		元請会社名:					担当者の連絡先: TEL
	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						
初診	受診先	病院名				T E L	
		住所	〒				
	院外調剤薬局 <small>※院外で薬を処方された場合</small>	薬局名				T E L	
		住所	〒				
転院後	受診先	病院名				T E L	
		住所	〒				
	院外調剤薬局 <small>※院外で薬を処方された場合</small>	薬局名				T E L	
		住所	〒				
休業の予定	有	(	日・	週・	月位の見込み)	/	無
略図(災害発生時の状況を図示してください)							