労働災害事故発生報告書

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あすか社会保険労務士法人
ＴＥＬ　0246（38）9001
ＦＡＸ　0246（24）3243

下記の内容をご記入の上、当事務所までファクシミリでご返送願いたくお願い申し上げます。

<table>
<tr><td colspan="2">発 生 日 時</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日　　時　　分頃</td></tr>
<tr><td colspan="2">災害発生場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">当事者</td><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日（年齢）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>職　　種</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>入　社　日</td><td></td><td>勤続年数</td><td>年　　ヵ月</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">災害発生状況と原因</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>現認者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">現 場 の 状 況 の 図</td><td colspan="3">（４日以上欠勤の場合ご記入ください）</td></tr>
</table>

・病院等で処置を施した場合、病院名（　　）
・処方箋がある場合、○をつけてください（　院外薬局　・　院内薬局　）
　処方した薬局名（　　）
・わかれば、傷病名　（　　）
　傷病部位（　　）