

労災発生連絡票

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

担当 _____ 様 連絡元 担当者名 _____

会社名 _____ 営業所名 _____

フリガナ _____ 男

負傷した労働者の氏名 _____ 女 職種 ____ 生年月日 ____年__月__日

フリガナ _____

住所 _____ TEL _____

診療を受けた病院 労災指定病院・労災指定病院以外・不明

災害発生の日 平成 ____年__月__日 時刻 午前・午後__時__分頃出勤時・退社時

災害発生の場所 _____ 第三者(加害者)あり・なし

交通事故の場合、事故 届提出済み・未提出(理由: _____)

出勤時の場合、家を出た時刻 [午前 ____ 時 ____ 分]

退勤時の場合、職場を出た時刻 [午後 ____ 時 ____ 分]

当日の就業時間 午前・午後 ____ 時 ____ 分～午前・午後 ____ 時 ____ 分

合計3日を超える欠勤の見込み あり/なし

現認者氏名 _____ 住所 _____ TEL _____

災害発生の原因と状況(負傷の内容もできるだけ詳しく記入)

【どこで】

【どの様に】

【どこの部分を】

通勤経路の略図(所要時間もご記入ください。)

平常時

災害発生時