労働災害発生報告書

災害の発生日時		令和　年　月　日　　時　分		
初診日		令和　年　月　日		
労働者	フリガナ 氏　名		性 別	男　女
			生年月日	年　月　日
	フリガナ 住　所	〒(　－　)　電話番号(　　)　―		
	職種		経験年数(通算)	
災害の現認者 (現場を見ていた方)		職名　　氏名		

傷病名		傷病部位	
休業見込期間			

病院・薬局	フリガナ 病院名	
	フリガナ 所在地	〒(　－　)　電話番号(　　)　－
	フリガナ 薬局名	
	フリガナ 所在地	〒(　－　)　電話番号(　　)　－

災害発生状況及び原因　　略図(発生時の状況を図示する。)

①場所　　②作業内容
③作業環境、物　④危険な原因
⑤災害の具体的内容

※休業する場合はご記入ください。