

# 労災事故報告書

## 事業所名

発 生 年 月 日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
被 災 者 情 報	フリガナ	性別
	氏 名	男・女
	生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ	
	現 住 所	TEL(必須)
職 種		
受 診 機 関 (病院名・薬局名)	名 称	
	所 在 地	
	受 診 した 日	年 月 日 年 月 日
傷 病 の 程 度 (部位及び状態)	休業見込み期間	程度
被 災 発 生 状 況 及 び 原 因	①どのような場所で ②どのような作業をしているときに ③どのような不安全な状況があって ④どのような災害が発生したかを詳細に記入してください。	
事 故 の 現 認 者 職 氏 名	職 名	
	氏 名	

※現認者がいない場合は報告を受けた方の職氏名を記入してください。

※病院を変更した場合にも届け出が必要になりますので、その際は速やかにご連絡ください。