

労災事故発生状況聞き取り用紙

FAX送付先:097-556-5587

労災番号 44- 01-930 -

(1)事故月日及び時間

月 日 () 午前 時 分頃
午後

(2)ケガをした人について

(事業所名)

フリガナ
(氏名)

(生年月日)

T・S・H 年 月 日(満 歳)

(現住所) 〒

(電話番号) - -

(勤務時間)

朝 時 分~夕方 時 分

(3)病院名

1回目
病院名

[住所] 〒

[TEL] - -

[初診日] 年 月 日 ()

2回目
病院名

[住所] 〒

[TEL] - -

[初診日] 年 月 日 ()

(4)事故を目撃した人

職名

氏名

(5)事故現場

(例:〇〇市■■・〇〇邸新築工事現場)

(6)ケガをしたときの具体的な状況

(何の作業をしていてどんな道具・材料等でケガをしたのか)

(7)ケガをしたご本人様名義の口座番号等
(4日間以上欠勤が予想される場合)

※屋号等入っていない個人名義口座のみ

銀行名

支店名

口座番号 普通・当座

預金者名