

FAX送信先:048-676-3340

西日本労災一人親方部会 業務災害センター行き

業務災害報告書

ご加入者の情報をご記入ください

お 名 前		生 年 月 日	
読 み か な		住 所	
整 理 番 号		電 話 番 号	

業務災害発生内容についてご記入ください

災 害 報 告 日	年 月 日	報 告 記 入 者	本人 ・ 他 ()
災 害 発 生 日	年 月 日	災 害 証 明 者	
災 害 発 生 住 所		被 災 者 と の ご 関 係	
災 害 発 生 時 間	午前 / 午後 時 分頃	負 傷 箇 所	
請 負 元 名		負 傷 名	
工 事 現 場 名		救 急 搬 送	あり なし

災害の発生状況と原因を詳しくご記入ください(どんな場所で、どんな作業をしていた時に、どこを、どうしたのか)

病院について

病 院 名 称		病院電話番号	
病 院 の 住 所		労 災 指 定 病 院	指定病院 指定外病院
初 診 日	業務災害当日 ・ 日後	休 業 予 定	なし ・ 4日以上予定あり

薬局について

処 方 箋 提 出	処方なし ・ 院内薬局 ・ 院外薬局	院 外 薬 局 名	
-----------	--------------------	-----------	--

その他ご要望等

--

※すべてご記入をお願いいたします。ご提出後、お電話でお聞きする場合がございます。
※連絡がつかない場合は、業務災害申請取り下げとなる可能性がございます。
ご理解ご協力の程よろしくお願いいたします。