

FAX送信先：048-812-8472

労災事故報告書

西日本労災一人親方部会 西日本事務センター行き

フリガナ		生年月日	昭和 / 平成 年 月 日
氏名		住所	〒
整理番号		職種	
ケガ・病気について			
発生日	平成 年 月 日	発生時間	午前 / 午後 時 分
発生元住所	〒	現場名	
負傷箇所		負傷名	
現認者	<small>※現認者がいない場合は配偶者・親類</small>	本人との関係	<small>※現場監督や配偶者など</small>
災害の原因及び発生状況(どんな場所で、どんな作業をしているときに、どの部位を、どうしたのか)			

病院について

病院名称		電話番号	
病院の住所		労災指定	指定 指定外 わからない

通勤災害の場合のみ記入

事故の相手	いない いる 不明	相手の氏名	
出勤中	自宅を出た時刻	午前 / 午後	時 分
	当日の始業時刻	午前 / 午後	時 分
帰宅中	会社を出た時刻	午前 / 午後	時 分
	当日の終業時刻	午前 / 午後	時 分

※FAX送信後、当会の担当者より連絡がない場合は、ご連絡ください。

西日本労災緊急 電話090-2204-0631