|  |
| --- |
| 通勤災害連絡票 |
| 所属 |  | 職種 |  |
| 氏名 |  | ふりがな |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ― |
| E-Mail | ＠ |
| 通勤災害に関する事項 |
| 指定病院 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 傷病の部位及び状態 |  |
|  |
| 災害発生日時 | 令和 年 月 日 時 分頃 |
| 災害発生場所 |  |
| 災害の発生状況 |  |
|  |
|  |
| 災害の原因 |  |
| 現認者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 就業場所 |  |
| 出社時刻 |  時 分 | 退社時刻 |  時 分 |
| 通勤 | ✓ | 経路 | 方法 | 所要時間 |
|  | 自宅 | ― |  |  | 　　　分 |
|  |  | ― |  |  |  |
|  |  | ― |  |  |  |
|  |  | ― |  |  |  |
|  |  | ― |  |  |  |
|  |  | ― | 会社 |  |  |