労災発生連絡票　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当　　　　　　　　　　様 | | 連絡元　担当者名 | | |
| 会社名 | | 営業所名 | | |
| フリガナ　　　　　　　　　　男 | | | | |
| 負傷した労働者の氏名　　　　　　　　　　女 | 職種 | | 生年月日　　　　　年　　月　　日 | |
| フリガナ | | | | |
| 住所 | | | | TEL |
|  | | | | |
| 診療を受けた病院　　　　労災指定病院・労災指定病院以外・不明 | | | | |
| 災害発生の日　　令和　　　年　　月　　日 | | 時刻　午前・午後　　時　　分頃出勤時・退社時 | | |
| 災害発生の場所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第三者(加害者)あり・なし | | | | |
| 交通事故の場合、事故　　届提出済み・未提出(理由:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 出勤時の場合、家を出た時刻 | | [午前　　　　時　　　　分] | | |
| 退勤時の場合、職場を出た時刻 | | [午後　　　　時　　　　分] | | |
| 当日の就業時間　　　　午前・午後　　　　時　　　　分〜午前・午後　　　　時　　　　分 | | | | |
| 合計3日を超える欠勤の見込み | | あり／なし | | |
| 現認者氏名　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | |
|  | | | | |
| 災害発生の原因と状況(負傷の内容もできるだけ詳しく記入) | | | | |
| 【どこで】 | | | | |
|  | | | | |
| 【どの様に】 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 【どこの部分を】 | | | | |
|  | | | | |
| 通勤経路の略図(所要時間もご記入ください。) | | | | |
| 平常時 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 災害発生時 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |