

労働災害事故報告書

大森建設組合	FAX: 3774-4458	受付	年 月 日
負傷者の氏名	ふりがな	TEL	()
負傷者の住所	ふりがな		
	〒		
負傷者の生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	職種:	
負傷した日時	H 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
負傷者の所属 事業所名	名称:	TEL	()
	所在地:		
現場の住所			
施主の氏名			
工事の名称			
災害の原因及び発生状況: 具体的にどんな作業をしていてどこの部分をケガしたのか? を記入			
現認者の職名			
現認者の氏名			
病院の住所			
病院の名称		TEL	()
元請の事業所	名称:		
	所在地:	TEL	()
労働保険番号	13- -06-945465-		