

# 業務災害が発生したら！

- ・ 下記事項を確認して直ちにご連絡下さい。
- ・ 病院には「労災です」と言って下さい。
- ・ 健康保険証は使わないで下さい。

事業所	名称	_____					
	所在地	〒 _____					
	電話番号	_____ ( _____ ) _____					
	所属事業場 <small>※事業所と異なる場合</small>	名称:	_____				
		所在地:	_____				
ケガをした人	ふりがな 氏名	_____		職種			
	生年月日	S H	年 月 日				
	住所	〒 _____					
	電話番号	_____ ( _____ ) _____		経験年数(通算) 年			
負傷の日	平成	年	月	日 ( _____ )	午前 午後	時	分頃
負傷の状況	どこで?						
	どんな作業をしていて?						
	どんな状態で?						
	どこを?						
	どのように負傷したのか?						
現認者(一緒にいた人)	氏名	_____					職種
病院	病院名	_____					
	所在地	〒 _____					
	電話番号	_____ ( _____ ) _____					
	最初病院へいった日	平成	年	月	日		
薬局	名称	_____					
	所在地	〒 _____					
	電話番号	_____ ( _____ ) _____					
転医したら	病院名	_____					
	所在地	〒 _____					
	電話番号	_____ ( _____ ) _____					
	転医した日	平成	年	月	日		