

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】

| | | |
|--|--|----------|
| ケガをした人 | ふりがな 氏 名 _____ 生年月日 _____ 住 所 _____ | 職種 |
| 負傷した日時 | 平成 年 月 日 () 時 分頃 | |
| どこで？ どんな作業を している？ どんな状態で？ どんなふう になって？ どこを負傷 したのか？ | (通勤災害の時は、通勤経路と災害発生場所を書いてください) | |
| 現認者 (一緒にいた人) | 氏名 _____ | 職種 _____ |
| 病院名 最初病院に いった日 | _____ | |
| 転医した時 | 平成 年 月 日 | |