

労災・通災連絡票（FAX送信用）

①労働者について

ヨミガナ	○○ ○○○
氏名	○○ ○○○
住所	〒 ***_**** TEL ***(***)****
生年月日	昭和○○ 年 ○ 月 ○ 日 (○○ 歳)
仕事の内容	大工

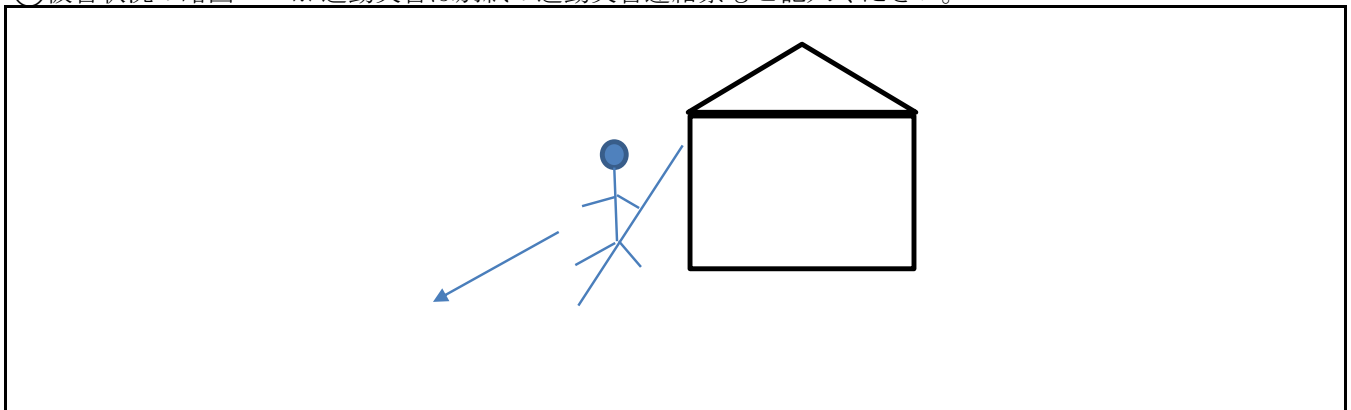
②現認者（監督管理者）について

氏名	○○ ○○	職名	現場監督
----	-------	----	------

③災害の発生状況について

負傷または発病年月日	令和3 年 5 月 1 日 AM 10 時 10 分
どこで	(現場住所で構いません)
何をしている時に	建築作業中
どんな状態で	屋根上から降りる際
どうなって	脚立を踏み外し落下
どこを	背中
どうした	地面に打ち付けた
初めて病院に行った日（初診日）	令和3 年 5 月 1 日 AM 10 時 50 分
災害発生当日に病院に行かなかった場合はその理由	(状況に応じて必要ならば記入をお願いいたします)
傷病名	打撲
傷病の部位	背中
休業見込日数	3週間
建設業にあっては工事現場名 下請従業員ならその所属会社名	○○邸 新築工事

④被害状況の略図 ※ 通勤災害は別紙の通勤災害連絡票もご記入ください。



⑤病院、薬局について

病院名	○○救急病院	薬局名	○○薬局
労災指定	有・無 支払状況 ()	労災指定	有・無 支払状況 ()
病院所在地	〒 ***_**** ○○市○○*_**	薬局所在地	〒 ***_**** ○○市○○*_**
電話番号	***_****_****	電話番号	***_****_****

※ その他不明な点等ございましたら、弊社事務所まで御連絡ください。（TEL 0993-24-3128）