労働災害発生報告書（建設業）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 報告書作成者 | 職名　　　　　　　　　　　氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 災害の発生日時 | 年　　月　　日　　　　　　時　　　分 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 労  働  者  の | フリガナ  氏　　名 |  | | | | |
| 性　別 | 男　女 | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| フリガナ  住　　所 | 〒( 　 － ) | | | | |
| 電話番号 | ( 　 ) － | | | | |
| 職種 |  | | 経験年数（通算） | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 災害の現認者 | 職名　　　　　　　　　　　氏名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 元  請  事  業  所  の | フリガナ  事業所名 |  |
| フリガナ  事業所所在地 | 〒( 　 － ) |
| フリガナ  代表者名 |  |
| 電話番号 | ( 　 ) － |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  工事名 |  |
| フリガナ  工事所在地 | 〒( 　 － ) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 確認印 | 確認印 | 確認印 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 傷病名 |  | 傷病部位 |  |  |
| 休業見込期間 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病  院  の | フリガナ  病院名 |  |
| フリガナ  所在地 | 〒( 　－ ) |
| 電話番号 | （　　　　　） － |

災害発生状況及び原因

　①どのような場所で②どのような作業をしているときに③どのような物又は環境に④どのような不安全な又は有害な状態があって⑤どのような災害が発生したかを詳細に記入して下さい。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

略図（発生時の状況を図示して下さい。）

|  |
| --- |
|  |

今後の再発防止対策

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |