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

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