

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	年	月	日(歳)
仕事の内容	経験年数 年 月		

②現認者(監督管理者)について

氏名		職名	
----	--	----	--

③災害の発生状況について

負傷または発病年月日	年	月	日	AM・PM	時	分
どこで						
何をしている時に						
どんな状態で						
どうなって						
どこを						
どうした						
初めて病院に行った日(初診日)	年	月	日	AM・PM	時	分
災害発生当日に病院に行かなかった場合の理由						
傷病名						
傷病の部位						
休業見込日数						

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		薬局名	
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	〒	薬局所在地	〒
電話番号		電話番号	

※ その他不明な点等ございましたら、弊事務所まで御連絡ください。