池田社労士事務所　行（FAX 092-409-9915）

会社名（ゴム印）

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	男 ・ 女		
住所	〒　　TEL　　（　　）		
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	他勤務先	無 ・ 有　（　　）箇所
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。