

業務災害が発生したら！

下記事項を確認して、直ちにご連絡ください。

F A X : 0284-65-0245	
日 時	平成 年 月 日 時 分頃
<受傷者> ふりがな 氏 名 住所 生年月日	生年月日 年 月 日生まれ 県 市 町
場所 施設名 現場名	
どんな作業で？ どんな状態で？ どのように？ 負傷した場所は？ 身体の部位と状況 例⇒左足首の捻挫	
通院先	病院名 TEL :
初診日	平成 年 月 日
治療費に関して	労災 ・ 健康保険 ・ 健康保険使用せず (該当に○を)
貴社名 担当者様 TEL	