

FAX : 042-786-7587 荻野事務所宛

## 災害報告書（業務上）

令和 年 月 日

報告者

㊦

|                            |                                                                                                                                    |                                                    |                        |                  |                          |  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|------------------|--------------------------|--|
| 罹<br>災<br>者                | 氏名                                                                                                                                 | 生年月日                                               | 昭・平・令 年 月 日（ 歳）        |                  |                          |  |
|                            | フリガナ                                                                                                                               | 男・女                                                | 入社                     | 年 月 日（ 年 か月）     |                          |  |
|                            | 住所                                                                                                                                 | 〒                                                  |                        |                  | 電話                       |  |
|                            | 所属                                                                                                                                 | 職種                                                 | 現職歴 年 月 日から<br>（ 年 か月） |                  |                          |  |
| 災<br>害<br>発<br>生<br>状<br>況 | 発<br>生<br>日<br>時                                                                                                                   | 令和 年 月 日（ 曜日）<br>午前・後 時 分<br>（現認者～立会人）<br>（役職 氏名 ） |                        | 天 候              | 発生<br>場所                 |  |
|                            | 傷病部位                                                                                                                               |                                                    |                        | 医療<br>機関         | 〒番号<br>名 称<br>所在地<br>電 話 |  |
|                            | 傷 病 名                                                                                                                              |                                                    |                        |                  |                          |  |
|                            | 災害程度                                                                                                                               | 死亡（ 月 日午前・後 時 分 場所 ）                               |                        |                  |                          |  |
|                            |                                                                                                                                    | 治療日数 日                                             | 入院日数 日                 | 休業日数 日           |                          |  |
| 発<br>生<br>状<br>況           | 災害発生状況<br>①どのような場所で②どのような作業をして③どのような環境、物で④どのような不安全、有害な状態で⑤どのような災害が発生したのか詳しく記入すること。                                                 |                                                    |                        | 略図（災害の状況を図示すること） |                          |  |
|                            | ■手続の流れ<br>この報告書の作成 → 荻野事務所へFAX →<br>5号様式の作成 → 貴社へお届け → 医療<br>機関（薬局） → 監督署 → 完了                                                     |                                                    |                        |                  |                          |  |
| 備<br>考                     | ・事故当日の勤務時間： ～<br>・休業予定はありますか？ （ 日・週・月程度）<br>・診断書をもらって下さい。<br>・薬局が院外薬局の場合は、 <u>薬局名・所在地もご連絡下さい。</u><br>・外国籍の方は、①国籍 _____ ②在留資格 _____ |                                                    |                        |                  |                          |  |