

負傷の原因に関する調書

記 号 ・ 番 号	負傷した者の氏名	
・	生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日
負 傷 年 月 日	住 所	TEL _____
年 月 日 ()		
午前・午後 時頃	職 種	
傷 病 名		
その負傷がどれにあたるか○をつけて下さい。		
<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
負傷の原因及び発生状況 (負傷場所)		
(負傷原因)		
(出社時刻及び退社時刻)		
※通勤途中の場合は通勤経路を裏面に書いて下さい。 上記の記載事項に相違ありません。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 事 業 所 名 事 業 所 所 在 地 受 診 者 氏 名 </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>		