

## 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	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)		
<p>※通勤途中の場合は通勤経路を裏面に書いて下さい。</p> <p>上記の記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p style="text-align: center;">事 業 所 名 _____</p> <p style="text-align: center;">事 業 所 所 在 地 _____</p> <p style="text-align: center;">受 診 者 氏 名 _____ ㊟</p>		