

災害報告書（業務上）

平成 年 月 日

報告者

印

罹	氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日（ 歳）			
	性別 男・女	入 社	年 月 日（ 年 か月）			
災 者	所属	職種	現職歴			
	課		年 月 日から （ 年 か月）			
災	発 生 日 時	平成 年 月 日（ 曜日）		天 候	発生 場所	
		午前・後 時 分			作業 名	
害	傷病部位		傷病名			
	医療機関 情報	(名 称) : (所在地) :				
	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
発 生 状 況	災害発生状況					
	災害の原因					
	災害の発生を確認した者の氏名・役職（職種）					
	氏名		職種・役職			
備 考	★調剤薬局をご利用の場合は、こちらに薬局の情報をご記入ください。					