労 災 連 絡

H30.1.13

⇒ ○○社会保険労務士事務所　FAX 0888-88-8888　　株式会社 セルズ

被災者 氏名	佐藤 豊　　職種
現認者 氏名	職種
被災日時	月　日　午後　時　分頃
被災場所	会社工場内 例）会社工場内、会社駐車場　会社以外であれば住所を記載して下さい。
傷病の部位・状態	例）左目 切傷 、右足小指骨折
被災状況	どのような作業をしていましたか？ 例）荷物（重さ○○kgの積み下ろし作業中、○○を切断加工中、掃除中 など
	被災時の状況（どのような状態で被災されたかを記載して下さい。） 例）誤ってスイッチが入った、ペダルを踏み外した
	□機械を使用していた場合（機械名：　） ※扱っていたのものの大きさ、重さ ⇒ □共同作業の場合　（相手の氏名：　） ※貴社以外の方の場合、所属先事業所名　⇒
病院名	
薬局名	
休業見込み	○ 休業しない　○ 休業する ⇒　日程度

被災者情報

（フリガナ） 被災者	サトウ ユタカ 佐藤 豊
生年月日・性別	昭和40年8月1日　性別　男
住所	郵便番号　462-0804 名古屋市西区勝川1
電話番号	052-762-2767