

平成 年

月分労働者労災通災報告書

一般社団法人 大阪ビルメンテナンス協会

大阪地方労災保険収支改善推進協議会 御中

◎ 無災害の場合も必ず提出して下さい。

- ◎ 翌月10日必着で大阪ビルメンテナンス協会にFAXして下さい (FAX 06-6372-9145)
◎ 無災害会員企業の申請(表彰)基準となります。

本月は無災害です。
本月は業災 件・通災 件です。

所在地
会社名
報告者氏名 印

Table with columns for disaster details: 区分 (業災/通災), 災害発生年月日時, 天候, 発生場所及び所在地, 性別, 年齢, 作業職種, 勤務形態, 経験年数, 傷病部位及び傷病名, 休業見込日数, うち入院日数, 死亡日時, 災害発生状況及び原因, 被害状況の略図.

◎事故の型別

Table listing accident types: 墜落・転落, 転倒, 激突, 飛来落下, 崩壊・倒壊, 激突され, 挟まれ, 巻きこまれ, 切れ, こすれ, 踏み, 抜き, おぼれ, 高温, 低温, 有害物, 感電, 爆発, 火災, 交通事故, 無理な動作, その他.

Table with one cell: 協会整備欄

事故が複数の場合は、一事故1枚で御願います。無事故でも毎月送付して下さい。