

労働者死傷病報告

平成 年 月から 年 月まで

事業の種類	事業場の名称 〔建設業にあっては工 事名を併記のこと〕			事業場の所在地	電 話	職 員 数	
					()		
被災労働者の 氏 名	性 別	年 令	職 種	発生日日	傷病名及び 傷病の部位	休 業 日 数	災害発生 状 況
	男・女	歳		月 日		日	
	男・女	歳		月 日		日	
	男・女	歳		月 日		日	
	男・女	歳		月 日		日	
	男・女	歳		月 日		日	
	男・女	歳		月 日		日	
	男・女	歳		月 日		日	
	男・女	歳		月 日		日	
報告書作成者職氏名							

平成 年 月 日
神戸市人事委員会委員長 様

使用者 職氏名

印

(注) 本様式は、労働者の休業日数が4日未満のときに用い、四半期ごとに報告する。