

業務上災害発生届  
(労働災害補償保険法適用)

決 裁	理事長	常務理事	事務局長	事務局次長	総務課				所属長	担当者	
					課長	事業担当課長	課長代理	事務担当者			
<p>(福) みおつくし福祉会 理事長 様</p> <p style="text-align: right;">事業所名 _____</p> <p style="text-align: center;">(届出人)</p> <p style="text-align: right;">職氏名 _____ 印 _____</p>											
傷 病 者	事業所名			役職名		氏名					
	自宅住所 (〒 _____ )					性別		生年月日			
						男性・女性		昭・平 年 月 日 ( 歳)			
発生日時						発生場所					
令和 年 月 日 午前 時 分頃 午後											
発生の状況及び原因						見取図					
						※現認者氏名					
危険防止措置の状況											
傷 病 確 認	※初診日			※療養見込期間				※休業見込期間			
	令和 年 月 日			間				間			
	※傷病部位及び症状										
※医療機関所在地及び名称											
令和 年 月 日			所在地: _____								
			医療機関名: _____								
			医師名: _____ 印 _____								

