

様式第24号(第97条関係)

労働者死傷病報告

年 月から 年 月まで

事業の種類		事業場の名称 <small>(建設業にあつては工事名を併記のこと。)</small>				事業場の所在地		電話	労働者数
								()	
被災労働者の氏名	性別	年齢	職種	派遣労働者の場合は欄に○	発生日	傷病名及び傷病の部位	休業日数	災害発生状況 <small>(派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場名を併記のこと。)</small>	
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
	男・女	歳			月 日				
報告書作成者職氏名									

年 月 日

事業者 職 氏 名 ㊟

労働基準監督署長殿

備考

- 1 派遣労働者が被災した場合、派遣先及び派遣元の事業者は、それぞれ所轄労働基準監督署に提出すること。
- 2 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。