|  |
| --- |
| **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(建設工事は元請事業者名、工事名を併記) | 事業の所在地(建設工事は現場所在地を併記) | 電話番号 | 労働者数 |
|  |  | 〒 |  | 人 |
| 被災労働者の氏名 | 性別 | 年令 | 職種 | 派遣労働者の場合は○ | 発生月日 | 傷病名及び傷病の部位 | 休業日数 | 災害発生状況(派遣労働者が被災した場合は派遣先事業場名を記載すること) |
|  | 男・女 | 才 |  |  | 月　　日 |  | 日 |  |
|  | 男・女 | 才 |  |  | 月　　日 |  | 日 |  |
|  | 男・女 | 才 |  |  | 月　　日 |  | 日 |  |
|  | 男・女 | 才 |  |  | 月　　日 |  | 日 |  |
|  | 男・女 | 才 |  |  | 月　　日 |  | 日 |  |
|  | 男・女 | 才 |  |  | 月　　日 |  | 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