

# 労災発生報告 受付表

基幹番号	
支部名	
屋号	
〒 住所	
TEL	

発生日時	年      月      日    AM・PM      時      頃			
<b>負傷者情報</b>	フリガナ			性別
	氏名			
	生年月日		負傷者TEL	
	〒 住所			
現認者氏名		職責(名)		

※本人以外で事故後、現場を見た人や帰社後怪我を確認した人（バイト可・必ず記入）  
負傷者と別の**苗字**の方の記入をお願いします。

初診日	年      月      日    AM・PM      時      頃			
病院名				
病院所在地				
病院TEL				
薬局名				
薬局TEL				
どの様な場所で・どの様な作業をしている時・どの様な事をして・どの様な災害が発生したか				
備考（上記以外の内容 例：通勤中・退社後の帰宅途中）				

記入したら東京味噌醤油商業協同組合 労災係

## FAX : 03-3851-8220