

労働者死傷病報告

様式第23号(第97条関係) (表面)

労働保険番号(建設業の工事に従事する下請人の労働者が被災した場合、元請人の労働保険番号を記入すること。)										事業の種類	
81001 13101000000000000000										サービス業	
事業場の名称(建設業にあつては工事名を併記のこと。)											
カナ ビジネスサポートセンターカフェシキカイヤ											
漢字 ビジネスサポートセンター株式会社											
工事名											
該当しないところは空欄で構いません。											
職員記入欄										派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の郵便番号	
派遣先の事業の労働保険番号										〒	
事業場の所在地											
神奈川県横浜市中区本町2-15 横浜大同生命ビル7階 電話 045(664)0422											
発生日時(時間は24時間表記とすること。)											
7:平成 7240925 1100											
被災労働者の氏名(姓と名の間は1文字空けること。)											
カナ シヤウ シウ											
漢字 社労士朗											
生年月日 5501030 (36歳)											
性別 男											
職種 営業											
経験期間 05											
休業見込期間又は死亡日時(死亡の場合は死亡欄に○)											
休業見込 01											
傷病名 骨折											
傷病部位 肋骨											
被災地の場所 公道 横浜市西区みなとみらいOT目交差点											
災害発生状況及び原因											
①どのような場所で ②どのような作業をしているときに ③どのような物又は環境に ④どのような不安定な又は有害な状態があつて ⑤どのような災害が発生したかを詳細に記入すること。											
交差点を右折した大型貨物トラックの荷台から建設用資材が歩道に落下し、下敷きになった。											
略図(発生時の状況を図示すること。)											
起因物											
店社コード											
業種分類											
職員記入欄											
事故の型											
発注者種類											
事業場等区分											
業務上疾病											
1:該当											
2:非該当											
自由設定項目											
(1)											
(2)											
(3)											
報告書作成者 総務部長 社労 老師											
職氏名											

24年 9月 25日

事業者職氏名

横浜 労働基準監督署長殿

代表取締役 平川 将



受付印