

労働者死傷病報告

年 月から 年 月まで

様式第24号(第97条関係)

事業の種類	事業場の名称（建設業にあっては工事名を併記のこと。）				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	発生月日	傷病名及び傷病の部位	休日業数	災害発生状況
	男・女	歳			月 日		日	
	男・女	歳			月 日		日	
	男・女	歳			月 日		日	
	男・女	歳			月 日		日	
	男・女	歳			月 日		日	
	男・女	歳			月 日		日	
	男・女	歳			月 日		日	
	男・女	歳			月 日		日	
報告書作成者職氏名	職名 氏名							

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長 殿

印

備考 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。
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。