

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	年齢	職種	派遣労働者の場合は○	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事業場名を記載すること)</small>
	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