

# 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（建設業にあつては工事名を併記のこと。）				事業場の所在地	電話	労働者数	
	事業場の名称					( )		
	工事名							
被災労働者の氏名	性別	年齢	職種	発生日	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

印

労働基準監督署長 殿

備考 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。