

工作場所職業災害調查結果表

一、罹災者資料		
姓名：_____身分證字號：_____電話：_____		
出生日期：__年__月__日 到職日期：__年__月__日		
地(住)址：_____受傷程度：_____		
二、事業單位基本資料		
行業別：_____勞工人數：____人 代表人姓名：_____		
地址：_____聯絡電話：_____		
三、承攬關係(含承攬關係圖，無者免填)：		
四、事故發生經過情形：		
五、事故發生原因(含顯示災害現場照片及肇災原因分析)：		
六、改善對策(含改善照片或改善圖說)：		
七、後續補償情形：		
負責人：	安衛主管：	填表人：
會同勞工代表：		

註：1、調查重點在於事故原因分析及改善措施。

2、表格可依內容延伸使用。