

〇〇

股份有限公司

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：_____服務單位：_____
 出生日期：_____到職日期：_____聯絡電話：_____
 地(住)址：_____受傷程度：_____

二、〇〇股份有限公司基本資料

行業別：_____勞工人數：_____代表人姓名：_____
 地址：_____聯絡電話：_____

三、承攬關係(含承攬關係圖)：

承攬關係應詳述覽範圍、金額、期間，罹災勞工僱用情形，其指揮、監督、管理及工作之統籌規劃權責之劃分等以明責任，再以承攬關係圖說明。

四、事故發生經過情形：

以人、事、時、地、物方式陳述，例〇年〇月〇日〇時〇分許，勞工〇〇〇於〇區(作業區、製造區)從事〇作業(物料切割作業)，遭〇(機械設備)割傷，致勞工〇〇〇受傷(致傷部分及傷勢程度)，經〇(119救護車)送〇醫院急診且住院治療，於〇年〇月〇日出院返家休養中。

五、事故發生原因(含顯示災害現場照片及肇災原因分析)：

依事故發生經過檢討發生原因，例如未實施安全衛生教育訓練、未訂定安全衛生標準作業程序、未對該作業實施危害辨識、機械設備或設施未有防護、未提供必要之防護具。

六、改善對策(含改善照片或改善圖說)：

針對事故發生原因找出改善對策，避免災害再次發生。

七、撫恤情形：

勞基法第 59 條規定補償罹災勞工醫療費用、醫療期間不能工作時之原領工資及其殘廢補償。

負責人：

安衛主管：

填表人：

會同勞工代表：

註：1、調查日期應於事故發生後之翌日（3 天內），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。