

○○

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、○○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○年○月○日○時○分許，勞工○○○於○區(作業區、製造區)從事○作業(物料切割作業)，遭○(機械設備)割傷，致勞工○○○受傷(致傷部分及傷勢程度)，經○(119 救護車)送○醫院急診且住院治療，於○年○月○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。