

非重大職業災害處理情形陳核單

一、通報情形：

(一) 接獲報告時間： 年 月 日 時 分

(二) 報告來源：消防局(姓名/電話)：

網路通報(姓名/電話)：

媒體報導：

其他(姓名/電話)：

二、發生災害之事業單位：

(一) 名稱：

(二) 電話：

三、災害概況：

(一) 發生時間： 年 月 日 時 分

(二) 發生場所：

(三) 災害類型：墜落、感電、其他：(說明)

(四) 罹災人數：死亡 人、傷害 人，合計 人。

四、災害發生經過：

五、事業單位處理情形：

六、罹災者(親屬)：姓名：

聯絡方式：

七、災害類別：工作場所之職業災害 工作場所以外之勞動場所職業災害

其他：(說明)

認定中：(原因)

八、本案是否派員檢查：是

否

承辦人

科(課)長

單位副主管

單位主管