

## 000 職業災害通報單

一、發生下列任一類型之職業災害，請於 8 小時內通報：

- 死亡災害
- 罹災人數在三人以上
- 罹災人數在一人以上，且需住院治療

二、通報情形：

(一)時間：       年       月       日       時       分

(二)通報單位：本府機關名稱：

                  通報人姓名、電話：

                  主管、電話：

其他：\_\_\_\_\_

                  通報人姓名、電話：

三、發生災害之事業單位：

(一)名稱：

(二)連絡人：

(三)電話：

四、災害概況：

(一)發生時間：       年       月       日       時       分

(二)災害發生場所：

(三)罹災人數：死亡：    人、受傷：    人，共：    人

(四)罹災者之投保情形：勞保、農保、無投保、待查

(補充說明：        )

五、災害發生經過(述明人、事、時、地、物)：

六、處理情形(應變措施、通報及其作為，如醫療救護、停工等)：

- 七、承攬關係：業主：
- 原事業單位：
- 1級承攬人：
- 

備註：

1. 應通報範圍：職業安全衛生法第三十七條第二項規定之勞動場所發生下列其中之一者：
  - (1) 死亡災害
  - (2) 罹災人數在三人以上
  - (3) 發生災害之罹災人數在一人以上，且需住院治療之職業災害。
2. 本紀錄單填寫完成後，請傳真臺北市勞動檢查處(傳真電話：02-25978812)並以電話確認(電話：02-25969998)。
3. 臺北市勞動檢查處職災專線（02-25969928）。