

臺北市政府產業發展局職業災害紀錄報告單

科室單位		填報日期	年 月 日
姓名	職 稱	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證字號	出生日期		年 月 日
工作內容			
發生日期	年 月 日 點 分	發生地點	
交通工具	<input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 其他()		<input type="checkbox"/> 有駕照 <input type="checkbox"/> 無駕照
事故發生經過			
傷害情形			
財產損失情形	1. 設備或器材： 2. 停工時數： 3. 其它：		
預防措施與檢討			
治療情形	醫院：		
	治療時間： 年 月 日上(下)午 點 分		
	治療後處置： <input type="checkbox"/> 返回工作崗位 <input type="checkbox"/> 住院治療 <input type="checkbox"/> 返家休息		
	<input type="checkbox"/> 其他：		
	預估公傷天數： 月 日至 月 日 計 天 實際公傷天數： 月 日至 月 日 計 天		
備 註	1. 請於災害發生一日內填報本表送陳。 2. 本表一式3份：1份送科室主管，1份送政風室，1份秘書室自存。		
科室主管	秘書室	政風室	機關首長

填報人：

會同之工作者代表：