

平成 年 月 災害発生報告書

神奈川県ビルメンテナンス協会 御中

報告日 平成 年 月 日

災害区分			1. 無災害		2. 業務災害		3. 通勤災害		企業名 報告者氏名 連絡先		TEL: ()		
災害発生年月日				災害発生時刻				災害発生場所					
平成 年 月 日 曜日				午前・午後 時 分頃				都道府県 市区町村 具体的な場所:					
被災者性別		被災者年齢		被災者職種		被災者経験年数		被災者災害部位		被災者傷病名		被災者休業日数	
男・女		才		清掃、設備、警備 その他()		年 ヶ月						1. 休業なし 4. 休業 15 日以上 2. 休業 4 日未満 5. 休業 31 日以上 3. 休業 4 日以上	
災害発生状況												災害発生状況	
考えられる原因													
再発防止対策													

※ 災害が発生した時は、直ちに報告書にご記入の上、神奈川県ビルメンテナンス協会へ FAX してください。

※ 無災害の場合でも、毎月その翌月の 10 日までに必ず報告してください。

FAX : 045-641-0389