様式第24号(第97条関係)

労　働　者　死　傷　病　報　告

年　月から　年　月まで

事業の種類	事業場の名称（建設業にあつては工事名を併記のこと。）	事業場の所在地	電話	労働者数
			（　）	

被災労働者の氏名	性別	年齢	職種	派遣労働者の場合は欄に○	発生月日	傷病名及び傷病の部位	休業日数	災害発生状況（派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場名を併記のこと。）
	男・女	歳			月　日			
	男・女	歳			月　日			
	男・女	歳			月　日			
	男・女	歳			月　日			
	男・女	歳			月　日			
	男・女	歳			月　日			
	男・女	歳			月　日			
	男・女	歳			月　日			

報告書作成者職氏名	

年　月　日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

備考　派遣労働者が被災した場合、派遣先及び派遣元の事業者は、それぞれ所轄労働基準監督署に提出すること。