

交通部公路局勞工傷亡職業災害通報單

工程 主辦機關	分局(含工程處) 工務段	通報 時間	年 月 日 時 分
通報人員	姓名： 職稱：		電話： 傳真：
工程名稱			
傷亡情形	受傷____人；住院____人；死亡____人；失蹤____人		
事故 發生時間	年 月 日 時 分		
事故 發生地點			
災害類型	<input type="checkbox"/> 墜落、滾落 <input type="checkbox"/> 倒塌、崩塌 <input type="checkbox"/> 被夾、被捲 <input type="checkbox"/> 感電		<input type="checkbox"/> 密閉空間缺氧 <input type="checkbox"/> 物體飛落 <input type="checkbox"/> 撞擊（被撞、交通事故） <input type="checkbox"/> 其他_____
現場 處理單位			
現場 主管人員	姓名： 職稱：		行動電話： 傳真電話：
現場狀況			
監造單位	公司名稱： 現場主管：		行動電話：
施工單位 (承包商)	公司名稱： 現場主管：		行動電話：
災害發生 經過、原因及 處理情形(含 罹災者姓名)			