○○ 股份有限公司 工作場所職業災害調查結果表

|  |
| --- |
| 一、罹災者資料 |
| 姓名： 身分證字號： 服務單位： 出生日期： 到職日期： 聯絡電話： 地(住)址： 受傷程度：  |
| 二、○○股份有限公司基本資料 |
| 行業別： 勞工人數： 代表人姓名： 地址： 聯絡電話：  |
| 三、承攬關係(含承攬關係圖)： |
|  |
| 四、事故發生經過情形： |
|  |
| 五、事故發生原因(含顯示災害現場照片及肇災原因分析)： |
|  |
| 六、改善對策(含改善照片或改善圖說)： |
|  |
| 七、撫恤情形： |
|  |
| 負責人： 安衛主管： 填表人： 會同勞工代表： |

註：1、調查日期應於事故發生後之翌日（3天內），重點在於事故原因分析及改善措施。

2、表格可依內容延伸使用。