

年 月 日

事業場の名称

代表者職氏名

同種災害・類似災害再発防止対策書

令和 年 月 日に発生した災害に係る労働災害防止対策について、次のとおり報告します。

| | | | |
|--|--|---------|-----|
| 被災者氏名 | | 時間 | 時 分 |
| 経 験 年 数 | | 年 齢 | |
| 傷 病 名 | | 傷 病 部 位 | |
| ◎災害発生状況 | | | |
| | | | |
| ◎災害発生原因 | | | |
| | | | |
| ◎災害に対する被災者の所見 | | | |
| ※ 被災者が、今回の災害発生に対して、どのようにしていれば災害の発生を防げたかという所見を聞き取り、記載して下さい。 | | | |
| | | | |
| ◎再発防止対策 | | | |
| ※ 実施した対策について、実施後の写真等があれば添付して下さい。 | | | |
| | | | |