平成○○年○○月○○日

○○部長　○○○○殿

○○部◯◯課

○○○○

労災報告書

１．被災労働者

（１）氏　　名：

（２）性　　別：

（３）生年月日：

（４）住　　所：

（５）所　　属：

２．災害の概要

（１）発生日時：平成○○年○○月○○日　午後○時○分

（２）発生場所：

（３）災害の原因

（４）災害の状況

（５）怪我等の程度

３．医療機関

（１）病院名：

（２）電話番号：

（３）住　　所：