

負

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

事業主欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。				
	事業所の労災適用	有	無	社員総数	名 事業内容
	業務（通勤）災害 該当の確認	有	無	→「無」の場合、その理由	
	事業所所在地	上記、本人の申し立てのとおり ☐ 業務災害 ☐ 通勤災害 に相違ないことを認めます。			
	事業所名称				
事業主氏名					
電話番号	()				

受付日付印

1 / 1