

**勞工傷亡職業災害通報單**( ☐初報☐續報☐結報)

工程 主辦機關		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			

**填寫說明：**

- ※ 發生下列職業災害之一者，請依「交通部在建工程重大職災案件通報流程圖」規定時程傳真並 E-Mail 本表報部：(1)死亡災害。(2)災害之罹災人數在 3 人以上。(3)發生災害之罹災人數在 1 人以上，且需住院治療。