

國立臺北護理健康大學工作場所職業災害分析調查表

110.06.08 版

一、 事故者資料	發生時間	年 月 日 午 時 分				發生地點	系所處室	館 室			
	姓名				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	身分別			
	受傷程度					聯絡親屬	姓名： 電話：	關係：			
二、 事故發生經過情形											
三、 事故發生原因											
四、 改善對策											
填表人		工作場所負責人			單位主管		環安衛室		會辦單位		校長

備註：

1. 請於事故發生後 5 個工作天內填報。
2. 如有任何疑問請洽環境安全衛生室 (02-28227101 轉 2051)。