

# 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、<br>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：<br>電話：  | 關係：                    |  |    |
| 二、<br>事故發生經過情形 |      |                            |  |      |   |      |             |                        |  |    |
| 三、<br>事故發生原因   |      |                            |  |      |   |      |             |                        |  |    |
| 四、<br>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）。