

重 大 災 害 発 生 報 告 書

(一社)神奈川県ビルメンテナンス協会 殿

報告日:平成 年 月 日

災害区分		2. 業務災害	3. 通勤災害	企業名 報告者氏名 連絡先	
------	--	---------	---------	---------------------	--

災害発生年月日			災害発生時刻		災害発生場所	
平成 年 月 日 曜日			午前・午後 時 分頃		都道府県 市区町村 具体的な場所:	
被災者性別	被災者年齢	被災者職種	被災者経験年数	被災者災害部位	被災者傷病名	被災者休業日数
男・女	才	清掃、設備、 警備 その他()	年 月			1. 休業91日以上 2. 死亡 該当箇所を○で囲んで下さい。
災 害 発 生 状 況					-災害発生状況図-
考 え ら れ る 原 因					
再 防 止 対 策					

※ 重大な災害が発生した時は、直ちに本報告書にご記入の上、協会事務局へFAX願います。

FAX 045-641-0389