

災害疾病発生状況報告書（ 年4月1日から 年3月31日まで）（災害・疾病）

地方運輸局長
海運監理部長 殿

年 月 日提出

主たる船員の労務管理を行う事務所	船舶所有者(本社)
所在地：〒 (電話) (Fax)	住所(名称)：〒 (電話) (Fax)
名称	氏名(名称)
担当者氏名 (印)	常時使用する船員数 人

船員	年齢	歳	性別	男・女	職名	国籍	下船・退職等
船舶	用途	総トン数		航行区域又は従業制限			
災害疾病の態様	発生年月日	年	月	日	傷病名	発生時作業	
	休業日数	日	身体障害		災害発生当時の乗組員数		人
てん末	ア 発生場所等						
	イ 起因する行動、現象						
	ウ ケガ等の元となった起因物						
	エ 態様						
	オ 被災箇所						
	カ 防止対策						

(以下、「船員」「船舶」「災害疾病の態様」及び「てん末」記入欄は、裏面も含め適宜追加。)

