| 轄區代碼 | 勞工保險證字號 |
|---|---|
| A 3 | 0 4 0 0 5 9 3 6 B |

# 職業災害內容及統計表

資料時間：中華民國 114年 07月

本表請於每月十日前填妥上月資料，傳送到勞動檢查機關

一、依據職業安全衛生法第三十八條規定辦理
二、未依規定填報者經通知期限改善而不如期改善，處新台幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

| 本場所營利事業統一編號 | 7 | 6 | 0 | 0 | 1 | 9 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

行業標準分類號碼：8 5 5 0

填表人姓名：李長融

電話號碼：07-3121101#2278

傳真號碼：

事業單位名稱：高雄醫學大學

地址：807 高雄市三民區十全一路100號

電子郵件帳號：nicklee@kmu.edu.tw

| 本月工作者人數 | | | 本月工作者勞動狀況 | |
|---|---|---|---|---|
| | 男 | 女 | 總計工作日數 | 總經歷工時 |
| 受雇勞工 | 481 人 | 719 人 | 27600.00 天 | 220800.00小時 |
| 非屬受雇勞工之其他工作者 | 0 人 | 0 人 | 0.00天 | 0.00小時 |

本月是否發生屬失能傷害之職業災害? 是 V否

罹災勞工資料

| 案件日期 | 姓名 | 生日年月 | 身份別 | 身份證字號<br>若為外籍勞工，請填護照號碼 | 代碼 | 受傷部位 | 代碼 | 災害類型 | 代碼 | 媒介物 | 代碼 | 失能傷害種類 | 失能傷害損失日數 | 性質別 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 合計<br>0 件 | | | | | | | | | | | | | | 合計<br>0 日 |