

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

行業標準分類號碼：

8	5	5	0
---	---	---	---

填 表 人 姓 名 : 李長融

事業單位名稱：

電 話 號 碼 : 07-
3121101#2278

地 址 :

傳 真 號 碼 : _____

電子郵件帳號：

職業災害內容及統計表

資料時間：中華民國 115年 01月

高雄醫學大學

807

高雄市三民區十全一路100號

nicklee@kmu.edu.tw

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 76001900

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	482 人	750 人	25872.00 天		206976.00 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 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 若為外籍勞工，請填 護照號碼	受傷部位 代碼	災害類型 代碼	媒介物 代碼	失能傷害種類 代碼	失能傷害 損失日數	性質別		
合計 0 件											合計 0 日	