

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 115年 03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

行業標準分類號：
碼：

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

事業單位名稱：

高雄醫學大學

填表人姓名：李長融

地址：

8	0	7
---	---	---

電話號碼：07-3121101#2278

電子郵件帳號：

高雄市三民區十全一路100號

傳真號碼：

nicklee@kmu.edu.tw

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
---	---	---	---	---	---	---	---

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	494 人	753 人	27434.00 天	219472.00 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	受傷部位	災害類型	媒介物	失能傷害種類	失能傷害 損失日數	性質別
				若為外籍勞工，請填 護照號碼	代碼	代碼	代碼	代碼		
合計 0 件										合計 0 日