

| | |
|------|-------------------|
| 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 04月

高雄醫學大學

8 0 7

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

7 6 0 0 1 9 0 0

行業標準分類號
碼：

8 5 5 0

事業單位名稱：

填表人姓名：李長融

地址：

電話號碼：07-
3121101#2278

電子郵件帳號：

傳真號碼：

| 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 | 501 人 | 950 人 | 29020.00 天 | 232160.00 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 | 代碼 | |
| 合計 0 件 | | | | | | | | | | 合計 0 日 |