

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

電話號碼： 07-3121101#2278

傳真號碼： \_\_\_\_\_

事業單位名稱： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

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 05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](mailto: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
---	---	---	---	---	---	---	---

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	498 人	765 人	25260.00 天	202080.00 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	身分證字號 <small>若為外籍勞工，請填 護照號碼</small>	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
					代碼	代碼	代碼	代碼	代碼	代碼				
合計 0 件													合計 0 日	