

附表 1 職災事故通報表

<input type="checkbox"/> 虛驚事件 <input type="checkbox"/> 職業災害 <input type="checkbox"/> 重大職業災害			
報告時間	年 月 日 時	填 報 人	姓名
發生時間	年 月 日 時 分		單位
發生地點			電話
事故性質	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 損失工時 <input type="checkbox"/> 限制工時 <input type="checkbox"/> 火災/爆炸 <input type="checkbox"/> 公共安全 <input type="checkbox"/> 自然災害 <input type="checkbox"/> 化學品洩漏(物質名稱：)		
事故摘要：			
傷者資料： <input type="checkbox"/> 傷亡_____人 <input type="checkbox"/> 死亡_____人			
姓 名	單 位	傷部位及傷勢	處理情形
雙線以上報告人須詳實填寫，雙線以下報告人得酌情填寫			
緊急應變措施			
災害防止對策			
分送名單	<input type="checkbox"/> 單位主管	<input type="checkbox"/> 環安組	<input type="checkbox"/> 校長

重大職業災害(本要點 4.3 項內容)通報專線

1. 台北校區：台北市政府勞動檢查處(電話：02-25969928)
2. 桃園校區：北區職業安全衛生中心(電話：02-89956700)