업무상 사고 사실 확인서

1. 근로자와 사업장

근로자		소속·직위	
사업장명		대표자	
사업장 주소			

2. 사고 개요

사고 일시		사고 장소	
당시 업무		목격자	

3. 사고 경위

본 사실만 시간 순서로 적으십시오. 추측과 책임 판단은 적지 않습니다.

20　　년　　월　　일

확인자 :　　(서명 또는 인)

사업주 :　　(서명 또는 인)

※ 건강 정보는 적지 않습니다. 신청 기관의 양식과 첨부 서류를 확인하십시오.

무료서식 다운로드