

工作意外申報表

勞工事務局 職業安全健康廳
查詢電話：83999438
圖文傳真：28717771
E-mail：o.injury@dsal.gov.mo

傷者資料

姓名：(中文) _____ (外文) _____
出生日期：_____年____月____日 性別：男 女 來自(國家/地區)：_____
本地僱員 外地僱員 證件類別：_____ 證件號碼：_____
住址：_____
本地手提電話：_____ 其他聯絡電話：_____
擔任職務：_____ 入職日期：_____年____月____日
最近三個月基本薪酬：\$ _____ / \$ _____ / \$ _____

僱主資料

僱主姓名：_____
公司名稱：_____ 負責人姓名：_____
地址：_____
電話：_____ 傳真：_____ 電郵：_____
填表人/聯繫人姓名：_____ 填表人/聯繫人電話：_____

意外事故資料

意外地點：_____
發生日期：_____年____月____日 發生時間：_____時____分
意外發生於：工作時間內 上班途中 下班途中
意外簡述：_____

有否就診：有 沒有 有否留醫：有 沒有
有否獲得休假：有_____天休假 沒有休假

身體的受傷部位 (在方格內劃上 x)

頭 眼睛 頸 手 手臂
 軀體 腿 腳 其他，請註明：_____

意外原因 (在方格內劃上 x)

高處墜下 在平地上跌倒
 物件墜下 踩踏或碰撞物件
 夾傷、刺傷或割傷 用力過度或扭傷
 暴露於或接觸極端溫度 觸電或接觸放出的電流
 暴露於或接觸有害物質及放射性物質 被動物所傷
 由交通工具及因執行勞務活動引致的受傷
 於八號或以上風球期間的上、下班途中發生意外
 在上、下班途中發生意外—使用由僱主提供的交通工具往返工作地點
 在上、下班途中發生意外—使用**非**由僱主提供的交通工具往返工作地點
 在上、下班途中發生意外的其他情況，請註明：_____
 其他，請註明：_____

填表人簽署及公司蓋章：_____

填報日期：_____年____月____日

填表人知悉向勞工事務局所提供的個人資料，其目的為處理其在該局的工傷處理程序；填表人依法享有查閱及更正存於該局的個人資料之權利；填表人行使查閱權時，需以書面的方式向該局提出；填表人行使更正權時，可以親身或書面的方式向本局提出。為履行法定義務，勞工事務局亦可能將填表人所提供的個人資料轉移至其他行政機關、司法機關等。