



# 緊急事故通報表

中華民國 99 年 7 月 2 日訂定

填表日期： 年 月 日

單位名稱	院/系科所/組		
災害日期	年 月 日 午 時 分		
災害地點			
受傷人員	姓名： 職稱： 性別： 出生年月日：		
事故類型	代號	項 目	
災害類型		(請查附表填寫)	
受傷部位		(請查附表填寫)	
失能傷害種類		(請查附表填寫)	
媒介物分類*		(請查附表填寫)	
事故等級	<input type="checkbox"/> <b>重大事故</b> ： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 罹難人數達三人以上 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 爆炸 <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關指定公告之傷害 <input type="checkbox"/> 一般事故 <input type="checkbox"/> 虛驚事故(未造成人員傷亡、財產損失、製程中斷，但引起人員驚嚇之事件) <input type="checkbox"/> 影響身心健康事件		
發生情形 (簡述經過)			
處理情形			
事故原因	<input type="checkbox"/> 未知其危險性 <input type="checkbox"/> 未知安全工作方法 <input type="checkbox"/> 工作技術不夠 <input type="checkbox"/> 無工作前計畫 <input type="checkbox"/> 未使用個人防護具 <input type="checkbox"/> 使用不正確物質 <input type="checkbox"/> 疲勞、注意力不集中 <input type="checkbox"/> 不當操作 <input type="checkbox"/> 其他		
檢討改進	<input type="checkbox"/> 加強教育宣導 <input type="checkbox"/> 安裝防護或警報設備 <input type="checkbox"/> 加強環境整潔 <input type="checkbox"/> 傷者暫調其他工作 <input type="checkbox"/> 加強平時檢查 <input type="checkbox"/> 檢查其他類似情形 <input type="checkbox"/> 購買個人防護具 <input type="checkbox"/> 擬定工作前計畫 <input type="checkbox"/> 其他		
填報人	姓名： 職稱： 電話：		
單位主管(簽章)		系所、中心環安衛負責老師 (簽章)	該實驗場所負責老師(簽章)
校長(簽章)	環安衛單位主任(簽章)	環安衛單位組長(簽章)	勞工安全衛生管理人員 (簽章)