

# 國立高雄師範大學 人員事故調查通報單

列管編號：\_\_\_\_\_ 損失日數：\_\_\_\_\_ 日 (此行由環安組填寫)

一、 受 災 害 人 員 基 本 資 料  (請詳述每位受災人)	姓名		身分證號碼		性別		年齡	
	單位		職稱		連絡電話			
	級別		學號/職號		親屬 姓名/電話			
	人員類別	<input type="checkbox"/> 教師； <input type="checkbox"/> 學生； <input type="checkbox"/> 職員/技術員工； <input type="checkbox"/> 承商； <input type="checkbox"/> 其他_____				實驗場所 工作人員？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	造成之傷害 (可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡； <input type="checkbox"/> 挫/扭傷； <input type="checkbox"/> 瘀傷； <input type="checkbox"/> 擦傷； <input type="checkbox"/> 割傷； <input type="checkbox"/> 骨折/脫臼； <input type="checkbox"/> 眼傷； <input type="checkbox"/> 化學性灼傷； <input type="checkbox"/> 高熱灼傷； <input type="checkbox"/> 撞擊； <input type="checkbox"/> 皮膚敏感； <input type="checkbox"/> 失能或其他 (請詳述) _____						
事故發生 時活動	<input type="checkbox"/> 工作/作業； <input type="checkbox"/> 上下班(課)/交通； <input type="checkbox"/> 實驗/研究； <input type="checkbox"/> 上課； <input type="checkbox"/> 運動/體育； <input type="checkbox"/> 休閒/社團； <input type="checkbox"/> 住宿； <input type="checkbox"/> 其他(請詳述)_____							
二、人員事故摘要說明：								
三、人員事故緊急處理過程摘要說明：								

通報人簽章：\_\_\_\_\_

填寫日期： 年 月 日

單位主管簽章：\_\_\_\_\_