

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學職災(虛驚)事件通報單

填表日期： 年 月 日

發 生 情 形	時間	年 月 日 時 分				發生地點				
	受傷人員	姓名			性別			職稱	☐ 學生 ☐ 教職員工	☐ 學號 ☐ 員編
		受傷部位					單位			電話
	災害類型	☐ 虛驚事件 ☐ 職業災害 ☐ 重大職業災害 ☐ 輕傷害(失能傷害損失日數未滿1日)				公假期間	年 月 日至 年 月 日			
形	簡述發生經過：									
	填報人姓名			職稱			分機			日期
處 理 情 形	處理人員姓名					職稱			電話	
	簡述處理經過：									
原因分析	☐ 未知其危險性 ☐ 未知安全工作方法 ☐ 工作技能不夠 ☐ 情緒 ☐ 未使用個人防護具 ☐ 粗心大意 ☐ 不當操作 ☐ 疲勞、注意力不集中 ☐ 其他：									
改進意見	☐ 再教導傷者 ☐ 安裝防護設備 ☐ 擬定工作前計劃 ☐ 提醒並教導其他人員 ☐ 加強平時檢查 ☐ 修訂安全守則 ☐ 傷者暫調其他工作 ☐ 修理工具機械建物等 ☐ 加強環境整潔 ☐ 需要個人防護具 ☐ 檢查其他類似情形 ☐ 實施工作前安全教導 ☐ 清除危險情況 ☐ 其他：									
場所負責人		單位主管				環境保護暨職業安全衛生室				

備註：此表請於事故發生5個工作天內向環安室報備。