

| | |
|------|-------------------|
| 轄區代碼 | 勞工保險證字號 |
| A 2 | 0 4 0 0 6 2 3 9 T |

職業災害內容及統計表

資料時間：中華民國 113年 03月

事業單位名稱：中國文化大學

地址：111

臺北市士林區臺北市士林區陽明山華岡路55號

電子郵件帳號：hgx3@ulive.pccu.edu.tw

本表請於每月十日前填妥上月資料，傳送到勞動檢查機關

一、依據職業安全衛生法第三十八條規定辦理
 二、未依規定填報者經通知期限改善而不如期改善，處新台幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

| | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 本場所營利事業 統一編號 | 2 | 9 | 9 | 0 | 3 | 2 | 0 | 3 |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|

行業標準分類號碼：

8 5 5 0

事業單位名稱：

填表人姓名：華國祥

地址：

電話號碼：02-

28610511#13702

電子郵件帳號：

傳真號碼：

| 本月工作者人數 | | | 本月工作者勞動狀況 | |
|--------------|--------|-------|------------|--------------|
| | 男 | 女 | 總計工作日數 | 總經歷工時 |
| 受雇勞工 | 1176 人 | 931 人 | 44247.00 天 | 353976.00 小時 |
| 非屬受雇勞工之其他工作者 | 27 人 | 24 人 | 1071.00 天 | 8568.00 小時 |

本月是否發生屬失能傷害之職業災害？ 是 V 否

| 罹災勞工資料 | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----|----------|-----|--|----|------|----|------|----|-----|----|--------|--------------|-----------|
| 案件日期 | 姓名 | 生日年 月 | 身份別 | 身份證字號 <small>若為外籍勞工，請填 護照號碼</small> | 代碼 | 受傷部位 | 代碼 | 災害類型 | 代碼 | 媒介物 | 代碼 | 失能傷害種類 | 失能傷害 損失日數 | 性質別 |
| 合計 0 件 | | | | | | | | | | | | | | 合計 0 日 |