

本表請於每月十日前填妥上月資料  
傳送到勞動檢查機構

轄區代碼		勞工保險證字號								
4	1	0	4	0	0	8	4	2	5	W

# 職業災害內容及統計表

資料時間：中華民國 108 年 05 月

行業標準分類號碼：

事業單位名稱：樹德科技大學

填表人姓名：吳政益

地址：

電話號碼：07-6158000#2220

地址：高雄市燕巢區橫山路59號

傳真號碼：07-6158855

電子郵件帳號：yih1230@stu.edu.tw

- 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，經通知限期改善而不如其改善，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	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="6"/>
-------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

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
受僱勞工	622 人	869 人	31,311 天	250,488 小時
非屬受僱勞工之其他工作者	5 人	0 人	105 天	840 小時

本月是否發生屬失能傷害之職業災害？  是  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>	受傷部位			災害類型			媒介物			失能傷害種類		失能傷害損失日數	性質別	
					代碼	<small>(至少填寫1處，至多3處)</small>		代碼			代碼			代碼				
108/05/28	林o乾		<input checked="" type="checkbox"/> 本國-非原住民 <input type="checkbox"/> 本國-原住民 <input type="checkbox"/> 外籍(國籍: )		<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="4"/>	其他		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/>	其他		<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/>	無媒介物		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	死亡		6,000	<input checked="" type="checkbox"/> 勞工 <input type="checkbox"/> 非受僱勞工之其他工作者
職災內容	林o乾師為本校專案教師，於108年5月28日下午6點左右，在樹德科技大學體適能中心的飛輪教室，教導學員騎乘飛輪健身車時，休克昏倒，送醫急救。							分析與對策	一、事先自我評估身體狀況。 二、運動前先測量脈搏，若指數不尋常，就暫時不要運動。 三、運動途中若身體感到不適，應立即停止動作，並告知旁人尋求協助。									
合計 1 件																	合計 6,000 日	