

|      |         |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 轄區代碼 | 勞工保險證字號 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| A 3  | 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 110年 09月

事業單位名稱：樹德科技大學

地址：8 2 4

高雄市燕巢區橫山路59號

電子郵件帳號：oppkppki0@stu.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 8 7 9 0 0 8 8 6

行業標準分類號碼：  
 8 5 5 0

填表人姓名：李承龍

事業單位名稱：

電話號碼：07-6158000#2217

地址：

電子郵件帳號：

傳真號碼：07-6158855

| 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         | 486 人 | 580 人 | 22386 天   | 179088小時 |
| 非屬受雇勞工之其他工作者 | 3 人   | 0 人   | 63天       | 504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<br>月 | 身份別 | 身分證字號<br>若為外籍勞工，請<br>填護照號碼 | 受傷部位 |    | 災害類型 |    | 媒介物 |    | 失能傷害種類 | 失能傷害<br>損失日數 | 性質別 |
|           |    |          |     |                            | 代碼   | 代碼 | 代碼   | 代碼 | 代碼  | 代碼 |        |              |     |
| 合計<br>0 件 |    |          |     |                            |      |    |      |    |     |    |        | 合計<br>0 日    |     |