

No.Dokumen		Revisi: 00	Tanggal Terbit:
Formulir	Laporan Kecelakaan		Halaman: dari

Jenis Kecelakaan

☐ Near miss
 ☐ Kecelakaan Kerja
 ☐ Penyakit Akibat Kerja

A. Keterangan Tentang Tenaga Kerja Penderita (Personal Data of the Fictim)

1. Nama : _____
(Name)
2. Tanggal Lahir : _____
(Date of birth)
3. Jenis Kelamin : _____
(Male of Female)
4. Alamat : _____
(Address)
5. Jenis Pekerjaan/Bagian : _____
(Department)

B. Tempat dan Waktu Terjadinya Kecelakaan (Place and Time of accident)

1. Tempat : _____
(Place)
2. Tanggal : _____
(Date)
3. Pukul : _____
(Time)

C. Uraian Terjadinya Kecelakaan : (Description of Accident)

D. Korban memakai Alat Pelindung Diri : Ya ☐ Tidak ☐

Alasan tidak memakai :

E. Keterangan yang nampak mata tentang keadaan luka-luka penderita: (Eye Witness Report)

Catatan:

Laporan ini segera disampaikan
Ke Departemen HRD/K3 melalui:

Surabaya,

Dilaporkan	Mengetahui
	Kepala Departemen