CHECKLIST FOR PREPARATION OF "MLC/IHA/HPT DUTY-CONNECTED MISHAP INJURY/ILLNESS REPORT"

『MLC/IHA/HPT 業務災害報告書』記入用チェックリスト

	Column		Description
☐	1	Activity (Division/Code)	部隊名及び課／コード
☐	2	Employment Type / Name / No.	氏名及び従業員番号を記載し、雇用の種類をチェックしてください
☐	3	Occurrence Date / Time / Place of Mishap	Bldg. #, name of building, and specific location 業務災害発生日時と場所　（建物番号、建物名称、具体的な場所）
☐	4	Description of Mishap*	Detailed description, including below information if applicable • What was the employee doing when the mishap occurred? • How did the mishap occur? • If any equipment/machine/material is related to the mishap, include the details such as its size, weight, and etc. Japanese translation 可能な限り下記情報を含む詳細を記載してください • 何をしている時にどの様に起こりましたか？ • 物、用具、資材、機械などが関係している場合はその詳細（サイズ、重さ、高さなど） 和訳をつけてください
☐	5	Injury / Illness* (Detailed description)	Detailed description, including below information if applicable • Specific location of the injury • Detailed information about injury/illness (If the injury is something like a cut, describes rough size of injury and condition such as a cut sewed up with how many stitches. Japanese translation 可能な限り下記情報を含む詳細を記載してください • 具体的な負傷箇所 • 負傷状況の詳細(切り傷などの場合はおよそ何インチ、何針縫ったなどの情報） 和訳をつけてください
☐	6	Hospital Pharmacy	List all the hospitals and pharmacies in chronological order. If no pharmacy is used, please check "Not used" 医療機関（薬局を含む）を掛かった順にすべて記載してください 薬局を利用していない場合は、「Not used」にチェックしてください
☐	7	Witness	Full name of witness. If there is no witness, mark the box and fill supervisor's name. Japanese translation 目撃者または監督者（目撃者無しの場合）の氏名を記載してください 監督者を記載した場合は、ボックスをチェックしてください 名前を日本語でも表記してください
☐	8	Estimated Lost Work Days	現時点での見積休業稼働日数
☐	9	Work Schedule *	勤務する曜日をチェックし、始業時間と就業時間を記載してください
☐		Signature of Activity Safety Officer or Representative	MUST be signed; digital signature is also acceptable 「セーフティーオフィサー／代表者」の署名は必須です（電子署名可）
☐		Attachment 1 Medical facility's information	Japanese official names and addresses of all the medical facilities stated at No. 7 A copy of hospital card or receipt is accepted. (Delete PII) ７に記載した医療機関の正式名称と住所 診察券や領収書のコピー可（個人情報は消してください）
☐		Attachment 2 Illustration	Only applicable when Item 9 is four days or more 見積休業期間が４日間以上の場合には必要です
☐		Attachment 3	Medical certificate (If applicable) 診断書（必要な場合）
☐		Remarks Notification to medical facility	Tell employee to notify all medical facility of filing WACI claim. すべての医療機関に労災で受診しているか確認をし、まだの場合は医療機関に伝えるよう従業員に指示してください。

**Attach a separate sheet of paper if necessary. / 別紙の添付可*

Format Date: 02-05-16

MLC/IHA/HPT DUTY-CONNECTED MISHAP INJURY / ILLNESS REPORT

1. Activity: (Division / Code)

2. Employee: Emp #

MLC IHA HPT

3. Occurrence: Date Time Place

4. Description of Mishap:

(Japanese)

5. Injury / Illness:

(Japanese)

6. Hospital: a. b. c.

Pharmacy: a. b. Not used

7. Witness: (Japanese) Not witness Supervisor

8. Estimated Lost Work Day(s): day(s)

9. Work Schedule: Sun Mon Tue Wed Thu Fri Sat

From To

---MUST BE CERTIFIED BY----------

Safety Officer: Date

Name / Title / Phone No.

--THIS SECTION SHALL BE FILLED OUT WHEN INSTRUCTED BY HRO----------

OIC (Activity): Date

Name / Title / Phone No.

COR: Date

**Email or fax to HRO with completed checklist and required attachment(s) within 3 workdays from the accident.*

Format Date: 02-05-16