

致雇主的受伤通知



重要说明：请勿向WCB发送此表。 您自己保留一份，向您的雇主提交一份。

如果工作场所事故造成的受伤需要就医或产生误工时间，请通过以下电话向WCB报告此受伤事件：

204-954-4321或免费拨打1-855-954-4321（早上8点至晚上7点, 周一至周五）

受伤工人姓名 _____

受伤工人地址 _____

受伤日期 _____ 时间 _____ a.m. p.m.

事故地点（现场地址和在现场的位置）

事故说明

伤情描述

是否需因伤停工休息 是 否

目击者姓名（如有） _____

主管签名 _____

受伤工人签名 _____

日期 _____