

事 故 報 告 書

団体名 _____

人身事故は、発生即日に、
物損事故は、発生から3日以内に、
必ず報告してください(FAX可)

担当者 _____
連絡先電話 _____
F A X _____

事故発生日		年 月 日 () 時 分					
事故発生場所							
事故の種類		人身事故 (死亡 入院 通院 その他)				物損事故	
利用者名1	<small>ふりがな</small> 氏 名			性別		年齢	
	住 所						
	連絡先電話			F A X			
利用者名2	<small>ふりがな</small> 氏 名			性別		年齢	
	住 所						
	連絡先電話			F A X			
運転者名	<small>ふりがな</small> 氏 名			性別		年齢	
	住 所						
	連絡先電話			F A X			
使用車両							
保険会社(代理店)				連絡先			
事故の状況 (書ききれない場合には別紙に書いてください)							
けが等の状況		年 月 日 () 時 分頃				確認者名	
利用者への対応		年 月 日 () 時 分頃				対応者名	