事故等発生報告書

　　年　　月　　日

　大治町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

報告者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　大治町災害時協力事業所登録制度実施要綱第１２条の規定に基づき、下記のとおり事故の発生状況を報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日時 | 　　　　年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分 |
| 場所 |  |
| 負傷者名等 | ふりがな氏　名 | 男女　　　　　　　 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 |
| 電話番号 |
| 事故発生状況 |  |
| 治療病院 | 病院名 | 治療費　　　　　　　　円 |
| 薬局名 | 薬剤費　　　　　　　　円 |
| 通院日 | 初診　　　　年　　月　　日 |
| その後の通院状況 |  |
| 傷　病　名 |  |