

傷 害 事 故 受 付 シ ー ト

ふりがな		年 齢
氏 名		才

住 所	〒
-----	---

※マンション名も記入して下さい

自宅電話番号	
昼間の連絡先	自宅・携帯・勤務先・その他()

事故の年月日	平成	年	月	日	時 頃
活動区分	団体活動中		往復中		
事故の場所					
事故の詳細状況	何をしていて				
	何が原因で				
	どの様になったのか				
けがの部位					
けがの種類					
医療機関名					
治療日数(見込)	入院	日	通院	日	