

2026年度「新 研修・会合傷害保険」事故報告書

記入日: 年 月 日

センター名・団体名

TEL

フリガナ
記入者氏名

FAX

E-mail

下記のとおり事故報告いたします。

事故が発生した事業 (該当する事業に✓)	<input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業 <input type="checkbox"/> 乳児家庭全戸訪問事業 <input type="checkbox"/> 養育支援訪問事業 <input type="checkbox"/> 子育て短期支援事業 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等日常生活支援事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター介護事業 <input type="checkbox"/> 子育て世帯訪問支援事業 <input type="checkbox"/> その他の事業
事故にあわれた方の 氏名・住所・生年月日	<input type="checkbox"/> 提供会員 <input type="checkbox"/> 依頼子ども <input type="checkbox"/> 依頼会員 <input type="checkbox"/> その他 フリガナ 氏 名: 住 所: 性別: 男 ・ 女 生年月日: (歳)
事故の発生日時・場所	日 時: 年 月 日 午後・午前 時 分頃 場 所:
事故の原因及び状況	
入院・通院状況 (該当する状況に✓)	<input type="checkbox"/> 入院 日 ・ <input type="checkbox"/> 通院 日 ・ <input type="checkbox"/> 通院中
傷害の部位及び状態	
診断を受けた病院等 の名称・所在地など	名 称: 所 在 地: T E L:
上記の事故は、当団体主催の研修・会合、事前打合せ等への出席者に生じた事故であることを証明します。 団体所在地 〒 団体名 代表者氏名 印	

※この様式を複写してご記入のうえ、ご報告ください。

事務局使用欄

受付NO.	
加入NO.	