

(別紙2) 一般財団法人 女性労働協会 行 (FAX: 03-3456-4420)
 (Eメール: w-women2a@jaaww.or.jp)

2026年度「感染症補償制度」事故報告書

記入日	20 年 月 日
証券No.	
ファミリー・サポート・センター名	
記入者名	
TEL	
FAX	
E-mail	

感染された提供会員	
フリガナ	
氏名	
住所	〒
生年月日等	(西暦) 年 月 日生 (満 歳) 性別: 男・女
状況	
感染症名	
推定発病日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
推定発病場所	<input type="checkbox"/> 預かり活動中 <input type="checkbox"/> その他 ()
入院・通院の状況	該当するものにチェックをつけて、ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 入院 日 <input type="checkbox"/> 通院 日 <input type="checkbox"/> 現在も通院中
原因 (例: 依頼子どもからコロナに感染し、14日間入院)	
診断を受けた病院等医療機関の名称・所在地等	
名称	
住所	〒
TEL	
上記事故は、当センターまたは団体が調整したサービス提供中に生じた事故であることを証明します。 センター又は団体所在地: センター又は団体名 : 代表者氏名 : (印)	

※ この用紙のデータを希望される場合は、協会までご連絡下さい。