

《傷 害 事 故 報 告 書》

この度のご災難心よりお見舞い申し上げます。

お手数ですが、ご記入の上ご提出ください。

事故の日時	令和 年 月 日
	【事故時間】 時 分
事故の場所	県 市・郡
怪我をされた方のお名前	
生年月日	年 月 日
住 所	
電 話 番 号	() -
怪我をされた部位・症状	【部位】
	【程度】
	*どちらかに○して下さい 入院 通院
病 院 名	【病院名】
	【電話番号】() -
※怪我をされた方が未成年の場合 保護者のお名前	
照 会 先	サンワホケンキカク 担当者 加光 TEL 0778-29-1150 FAX 0778-29-1151 携帯TEL 090-8966-3245