**提出日 　　年　　　月　　　日**

**No.**

**事　故　報　告　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受付者** |  | **部署** |  |
| **事故内容** | **日時** | **年　　月　　日（　）　　　時　　分頃** |
| **場所** |  |
|  |  |
| **状況****説明** |  |
| **受傷者氏名****受傷者住所** | **氏名** | **生年月日　　　年　月　日** |
| **住　所** | **〒** | **TEL** |  |
| **入通院** | **病院名** |  | **TEL** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **初期対応** |  |
|  |
| **連絡事項****打合事項** |  | **職印** |  |

団体活動総合保険：株式会社タック　FAX：0466—87—5528 ／E-mail：hattori@tac-shonan.jp

資格登録者付帯個人賠償責任保険：株式会社第一成和事務所　FAX：03—3667—9037

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　／E-mail：shichijyo@d-seiwa.co.jp

公益財団法人日本ライフセービング協会　FAX：03—6381—7598 ／E-mail：info@jla.gr.jp

2025-8/19版