

事故発生報告書

(あて先) 金沢市長

協力事業所(店舗等)所在地 〒

協力事業所(店舗等)名称

代表者

かなざわ災害時等協力事業所登録制度要綱第8条に基づき、事故の発生状況を下記のとおり報告します。

記

発生日時	年 月 日() 午前・午後 時 分		
場 所			
負傷者名等	氏 名	フリガナ	生年月日
			年 月 日(歳)
	住 所		
	電話番号		
事故発生状況	----- ----- ----- -----		
治療病院	病院名:	治療費	円
	薬局名	薬剤費	円
通院日	初診: 年 月 日 その後の通院状況:		
傷病名			