

## 事故発生通報書

通報者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

事故 内容	負傷者	氏名		
		連絡先		
	自主防災組織	名称		
		代表者名	役職	氏名
		連絡先		
	事故発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時		
	事故発生場所			
	活動内容			
事故の状況				
傷害 事故	傷害内容	症状		
	医療機関	名称	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
市記 載欄	受付年月日	年 月 日 ( ) 時		
	受付者			