

(株) 全福サービス 行 (FAX 03-3258-8878 ・ TEL 03-3252-2037)

シルバー人材センターボランティア保険制度・事故報告書 (賠償責任保険用)

下記のとおり事故報告いたします (報告者は太線枠内のみ記入して下さい)

通知日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分				責任者 職・氏名 (印)			
センター名	名称					加害者 氏 名		
	所在地	〒 ご担当者名 TEL ()						
事故の発生	年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃				1 身体 2 財物		
	場 所							
事故の概要	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
相手方	氏 名				年齢	歳	性別	男・女
	住 所	〒 TEL ()				入・通 院の別	入院 ・ 通院	