

感染症見舞金制度 事故報告書

【(公財)介護労働安定センター：総合補償制度】

コード番号	
法人名 (住所・電話番号)	〒 TEL ()
事業所名 (住所・電話番号)	〒 TEL ()
連絡先担当者	連絡先TEL ()
感染症名	
罹患者氏名(年齢)	(年齢) 歳
感染の原因及び状況	〔感染時期〕 年 月 日 頃 〔感染原因〕 〔感染に至った経緯〕
診断を受けた病院等の 名称・所在地等	(病院名) (所在地等) TEL ()
その他特記事項	

(個人情報の利用の目的) 本状記載の個人情報につきましては、保険金の支払い手続きのために利用させていただきます。