

(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	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	年 月 日 午前・午後 時 分頃				1 身体 2 財物	
	場 所						
事故の概要							
相手方	氏 名			年齢	歳	性別	男・女
	住 所	〒 TEL ()				入・通 院の別	入院 ・ 通院