

年 月 日

株式会社 全福サービス 行

## シルバー派遣賠償責任保険事故報告書・認定書

下記のとおり事故の報告をいたします。

連 合 会 名	名称		担当者氏名
	代表者	⑩	
	所在地	〒 _____ TE _____	
セ ン タ ー 名	名称		担当者氏名
	所在地	〒 _____	
	TEL	_____	
被 保 険 者 (加 害 者)	住所	〒 _____ TE _____	
	氏名	_____	
事 故 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ		
事 故 場 所	_____		
事故原因および状況	※ 1. 身体 入院・通院 日間		
	※ 2. 財物 購入年月日 年 月頃・購入金額 円		
	_____		
	_____		
	_____		
被 害 者	住所	〒 _____ TEL _____	
	氏名	_____	
備 考	_____		

上記の加害者は、当連合会のシルバー派遣事業における派遣労働会員である事を認定いたします。

保険金請求書類郵送先	
○ ○ ○ 上 記 の 連 合 会	○ ○ ○ 上 記 の セ ン タ ー