

■事故の状況についてご記入ください。

※こちらの用紙はコピーをしてご利用ください

1.氏名	フリガナ
2.生年月日	年 月 日
3.住所	フリガナ 〒
4.電話番号	( ) -
5.採用年月日	年 月 日
6.職種	<input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 配送 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> その他( )
1.負傷年月日・時刻	<input type="checkbox"/> 午前 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃
2.病院にいった日・時刻	<input type="checkbox"/> 午前 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃
3.事故の目撃者(いない場合は責任者)	職名 氏名
4.どのような場所で	<input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 店舗外( )
5.どのような作業をしているときに	
6.どのような物(大きさ・素材も)、環境のときに	
7.どのような行動をしたことによって	
8.どのようにして事故が発生したのか	
9.負傷した部位	
10.休業する見込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(約 日)
11.病院の名称・電話(初めて受診した病院)	名称 電話
12.病院が変わった場合(転院後の病院)	名称 電話

上記の項目にご記入頂き、下記まで送付または FAX にてご連絡ください。 担当: 宛

中部労務管理保険組合 〒460-0015 名古屋市中区大井町 2-11 FAX052-321-1108