

傷害福祉制度 事故報告書兼現認証明書

年 月 日

団体名			印
代表者氏名			
ご担当窓口 連絡先	(氏名)		
	(住所)		
	emailアドレス:		
	TEL:	FAX:	
行事名			

● 上記行事中に次の事故が発生していたことを証明致します。

事故日	年 月 日 時 分 頃		
事故場所			
ケガをされた方 (被補償者)	フリガナ	生 年 月 日	
		年	月 日生
ケガをされた方 の連絡先	〒 TEL ()		
事 故 状 況		治 療 内 容	傷害部位
			傷病名
			入院 ○有 ○無 ○不明
			手術 ○有 ○無 ○不明
			ギプス固定 ○有 ○無 ○不明
			備考

JWA本部使用欄

一般社団法人
日本ウォーキング協会
事務局長