

傷害福祉制度 事故報告書兼現認証明書

西暦 年 月 日

団体名			宿泊行事には○を付けてください ↓	
代表者氏名				印
ご担当窓口 連絡先	(氏名)			
	(住所)			
TEL:		emailアドレス:		
TEL:		FAX:		
行事名			宿泊行事	

- 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	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明
		手術	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明
	ギブス固定		
	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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