

セーフティライフ事故報告書（golfer・賠償事故等含む）

令和 年 月 日

報告者 所属所名

担当者

組 合 員	所属所番号	組合員証番号	氏 名			
			フリガナ			
	住 所	TEL - -				
	日中のご連絡先	- -				
負傷者氏名（フリガナ）		生 年 月 日		続 柄	性 別	
		昭・平 令 年 月 日			男・女	
事 故 日	令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分					
事故場所						
事故原因 事故状況 （具体的に）						
受 傷 名				負傷程度	通院・入院・死亡	
医療病院	名称①			TEL	- -	
	②			TEL	- -	
相 手	氏 名	住 所				
被 害 物				修理状況	未修理・修理済	
摘 要						

※ 事故報告は、事故日より30日以内にFAXでお願いいたします。

(有) 茨城 C・T・V サービス

水戸市笠原町978-26 茨城県市町村会館

TEL 029-301-1616

* FAX 029-301-1617