

## 傷害事故受付表

フリガナ		住 所 〒	
氏名			
生年月日	年 月 日 ( )歳	TEL	( )
フリガナ		住 所 〒 ※上記と異なる場合のみ記入	
保護者氏名		TEL	( )
		携帯	( )

事故日	平成 年 月 日 AM・PM 時 分 頃	怪我の部位
事故場所		
病院名	TEL ( )	怪我の症状
病院名	TEL ( )	

備考	(怪我の起きた状況。どのように怪我を負ったか？接触？捻挫？等・・・) 必ず記入して下さい。