

事故報告書

ふりがな 氏 名			生年月日	昭和 平成 年 月 日生
住 所	〒 —		電話番号	
勤 務 先			勤 務 先 電話番号	
参加競技大会名	第 回日田市民体育大会(競技)・第 回大分県民スポーツ大会(競技)			
事故発生場所	名 称			
	住 所			
事故発生日	月 日 ()		事故発生時間	午前・午後 時 分
損 害 部 位			通院 or 入院	通院 ・ 入院
病 院 名	①	病院電話番号	①	
	②		②	
事故の状況				
その他特記 すべき事項				
* 日田市スポーツ協会が、事故者の保険請求に係る情報のうち入院・通院日数について保険会社へ聴取することに同意します。 (理由)入院・通院日数を基準として支給する協会独自の見舞金制度があるため * 全国市長会市民総合賠償補償保険に該当する場合は、本書を日田市文化スポーツ振興課に提供することに同意します。 (理由)日田市が加入する「全国市長会市民総合賠償補償保険」の手続きに利用するため (同意者サイン)				

令和 年 月 日

報告者名 _____

報告者住所 _____

報告者電話番号 _____