

事故発生報告書

年 月 日

府 中 市 長 殿

事業者住所

事業者名

印

府中市災害時等協力事業者登録制度要綱第9条に基づき、事故の発生状況を下記のとおり報告します。

事業所名			
事業所所在地			
発生日時	年 月 日()	午前・午後	時 分
発生場所			
負傷者名等	氏 名	フリガナ	生年月日 年 月 日(歳)
	住 所		
	電話番号		
性別	男・女		
事故発生状況			
治療病院等	病院名:		
	薬局名:		
傷病の程度			
備 考			