**事　故　発　生　報　告　書**

様式第１０号

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生日時 | 　　　年　　月　　日（　曜日）　　時　　分頃 |
| 事故発生場所 |  |
| 事故当事者 | 氏名 |  | 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| けがの箇所 |  |
| 入院の有無 |  |
| 病院 | 病院名住　所電　話 | 病院名住　所電　話 |
| 治療期間 | * 年　　月　　日　～

　　年　　月　　日* 治療中
 | * 年　　月　　日　～

　　年　　月　　日・治療中 |
| 事故状況 |  |
| 証明 | 氏名 |  | 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| 路上違反広告物追放登録員の活動中の事故であることを証明します。 |
| 調査者 |  |
| 決裁 | 室　長 | 係　長 | 係　員 |
|  |  |  |