

年 月 日

事故発生報告書

早稲アカあんしん補償制度事務局	
FAX	03-3983-4888
TEL	03-3590-4011 (平日10時～18時土日祝祭日及び当社休業日は除く)

報告者 _____

連絡先 _____

1下記の通りの事故が発生したため報告いたします。

住所	〒 _____			
	保護者名	_____	所属校舎名	_____
フリガナ	_____		コース名	_____
本人氏名	男・女	_____	学年	_____
	(生年月日	年 月 日	才)	小学・中学・高校 年

2事故の概要

発生日時	年 月 日()		午前・午後	時 分頃
発生場所	都 道 府 県	区 市 郡	区 町 村	にて
事故発生状況 ※なぜ、どのよう にして事故にあっ たかなど詳しく記 入	<input type="checkbox"/> 塾施設 教室内の場合	施設・教室名() 授業名()		
	状況: _____			
病院名	病院名	電話番号 (_____)		

事務局記録欄

※事故に遭われた日から30日以内にご報告ください。