

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
氏名 (塾生)	男・女	_____	学年 小学・中学・高校 年
	(生年月日 年 月 日 才)	_____	

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 区 市 区 町 府 県 郡 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 ※1 わかる範囲で ご記入ください	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。
 ※1おケガを被った場合で入通院された場合にご記入ください。