

2015 年 6 月 20 日

# 記入例

## 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 早稲田 太郎

連絡先 03-1234-5678

※日中の連絡先

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	〒171 - 0014 トウキョウトトシマクイケブクロ2-53-7		
	東京都豊島区池袋2-53-7		
保護者名	早稲田 太郎	所属校舎名	池袋校
フリガナ	ワセダ ハナコ	コース名	小5Kコース
氏名 (塾生)	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	学年	小学 <input checked="" type="radio"/> 中学 <input type="radio"/> 高校 <input type="radio"/> 5 年
	早稲田 花子 (生年月日 2004 年 8 月 1 日 10 才)		

### 2 事故の概要

発生日時	2015 年 6 月 20 日(土) 午前 <input type="radio"/> 午後 <input checked="" type="radio"/> 5 時 30分頃		
発生場所	東京 <input checked="" type="radio"/> 都 <input type="radio"/> 府 豊島 <input checked="" type="radio"/> 区 <input type="radio"/> 市 池袋 区 町 村 2丁目付近 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: 通塾途中において、自転車で転倒し左足を打撲した。		
病院名 ※1わかる範囲で ご記入ください	病院名	電話番号	
	池袋ワセダ整形外科	( 03-8765-4321 )	

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。