FAX　送信票

送信先：甲佐町役場　介護保険係 行

ＦＡＸ：０９６－２３４－３９６４

事 故 報 告 書　(速報)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　 設　 名 |  | 報 告 者 |  |
|  |  |
| 発生日時 | 午前　　年　　月　　日　　　　　　　　時　　　　　　　分　　　　　　　　　　　　　　午後 |
| 被保険者番号 |  |
| 場　　所 | 熊本県上益城郡甲佐町大字 |
| 事故の種別 | □ 骨折　□ やけど　□ 誤嚥　□ 食中毒　□ 感染症・結核□ その他（　　　　　　） |
| 事故の概要　 |
| 医療受診 | * あり→ 入院　□ あり
 | 家族連絡 | * あり
* なし
 |
| □ なし | □ なし |

注意：後日、事故の発生場所の見取り図と事故連絡書の提出をしてください。