

障害(後遺症)報告書 (特別見舞金用)

	受付番号	※
PTAの名称	(TEL: - -)	
学校の住所	〒	
報告担当者	(TEL: - -)	

●被害者について

氏 名	(カナ:)		
生 年 月 日	T S H	年 月 日	(性別: 男 女)
住 所	〒		
T E L	自宅	- -	携帯等、 昼間の連絡先
区 分	保護者 ・ 教職員 ・ 児童生徒 ・ 同居の親族 ・ ボランティア		

●事故について

行 事 名							
日 時	平成	年	月	日	午前・午後	時	分頃
場 所							
当初の傷病名							
初 診 年 月 日	平成	年	月	日			
治 療 期 間	平成	年	月	日	から		
	平成	年	月	日	まで	日間	
災害発生 の状 況							
治療の経緯							

P T A 証 明	上記のことは事実と相違ないことを証明します。
	平成 年 月 日
	PTA会長名 公印

- 注 1 ※印の欄は記入しないでください。
 2 県P連安全互助会事務局へ送付してください。
 3 被害者の住所・電話番号等の個人情報を記入することに同意を得てください。