

① 「Will」 傷害 事故報告書

◇この事故報告書は郵送ではなくFAXにてご送付いただき、原本は控えとしてお手元に保管してください。

★：必須

報告日：(西暦) 20 年 月 日

★ 負傷者 (被保険者)	※おケガをされた方の情報をご記入ください。	生年月日：(西暦) 年 月 日
	フリガナ：	年齢： 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
	氏名：	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 研修用 <input type="checkbox"/> 学生 学科：
	TEL：	学年：
	住所：〒	

★ 親権者	※負傷者が未成年者の場合は、この欄もご記入ください。	被保険者との関係：(父・母・その他())
	フリガナ：	
	親権者氏名：	TEL：
	親権者住所：〒	

★ 事故(ケガ)状況	事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日	時間：(午前・午後) 時 分頃	★ ケガをした時間帯に○をつけて下さい。
	事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡		臨地実習中 (在宅実習の移動中を含む)
	受傷時の乗り物：(車・バイク・自転車) ※はの場合は補償対象外となります		自宅⇄実習先 間移動中
	脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたケガですか？ (はい・いいえ)		学校⇄実習先 間移動中
	※事故状況について、保険会社より詳細を確認させていただく場合がございます。		登校中 下校中
	何をしている時		休み時間 学内演習中
何が起きて		放課後 学校行事中	
どのようになったか		授業中(体育以外)	
		体育の授業中	
		部活・サークル活動中	
		プライベート その他	

★ 治療状況	※初診日必須 = 入院・通院どちらか開始日(初診日)を必ず記入してください。	※複数記入可
	入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	病院名：
	通院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	担当医師名：
	後遺障害(見込み)：(あり・なし) ← 報告時にご不明の場合は、未記入でかまいません。	
傷病名： 打撲・骨折・むち打ち・捻挫・靭帯損傷	部位： 頭・歯・首・肩・胸・腰・右腕・左腕・右足・左足	
脱臼・火傷・その他()	右手・左手・その他()	

≪施設(学校)情報・事故確認欄≫ 下記★項目にもれなくご記入・ご捺印をお願いいたします。

★ 施設情報	フリガナ：	フリガナ：
	施設名：(学校名)	担当者：
	住所：〒	TEL：
★ 事故確認欄	上記事故は実習中(自宅⇄実習先の道中含む)に発生したことを確認します。	上記の事故が発生したことを確認します。
	上記事故は学校管理下に発生したことを確認します。	
	上記事故は実習中・学校管理下以外の時間帯に発生したことを確認します。	
		養成施設(学校) 代表者名 (印)

事務局記入	整理No.	Will	Will 1	Will 2	Will 3	Will 3DX
			教職員	通信30	通信60	研修