

⑤ 「Will」 傷害を伴わない感染事故報告書 (実習中・学生専用)

(損害保険・共済制度兼用)

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会
学生生徒総合保険

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

★太枠欄にもれなくご記入ください。

引受確認欄*保険会社が記入

整理No.: -

加入者証番号 : 16-

学校ID: 受付No.:

報告日: 年 月 日

★負傷者 (被保険者)

フリガナ:	生年月日: 昭和・平成	年	月	日
氏名:	男・女	年齢:	歳	TEL:
住所: 〒	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 学生	学科:	学年:	

☆親権者…負傷者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。

フリガナ:	親権者氏名:	被保険者との関係: 父・母 その他()
親権者住所: 〒	TEL:	

★事故の内容をご記入ください

事故日:	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分頃
事故場所:	都・道	区・市	町	府・県	郡		
施設名:							
事故状況:							

★治療内容をご記入ください

傷病部位:	傷病名:
病院名:	担当医師名:
入院 (見込み・確定): 月 日 ~ 月 日	後遺障害 (見込み): 有・無
通院 (見込み・確定): 月 日 ~ 月 日	

◇はじめに病院に行った日(初診日)が入院・通院どちらかの開始日になります。 ◇報告時に不明の場合は、記入なしでかまいません。

「Will」ご加入の養成施設の情報を下記枠内にご記入ください。
養成施設代表者、もしくは実習担当教員のお名前の記入と、ご捺印をお願いします。

フリガナ:	フリガナ:
施設名:	担当者:
フリガナ:	TEL:
施設住所: 〒	※保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。 部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。

事故確認欄

上記の事故が発生したことを確認します。

養成施設代表者名
もしくは
実習担当教員名

印

⑤傷害伴わない感染