第２号様式（第９条関係）

年　　月　　日

久留米市長　　あて

報告者　住所

電話　　　　（　　　）

　　　　氏名

※傷害事故負傷者との関係（本人・親権者・相続人・その他）

市民活動〔傷害〕事故発生報告書

　市民活動中に事故が発生しましたので、久留米市市民活動保険制度実施事務要領第９条第１項の規定により、報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負傷者 | フリガナ  氏名 | |  | | | | | | 年　　月　　日生 男　・　女　・ (　　　) | |
|  | | | | | |
| 住所 | | 〒  連絡先(　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) | | | | | | | |
| 団体名 | |  | | | | | | | |
| ※負傷者が未成年の場合は保護者の連絡先を記載してください。 | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏名 | |  | | | | | | | 連絡先 (　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) |
| 続柄  （　　　　　） | | | | | | |
| 活動名 | |  | | | 活動内容 |  | | | | |
| 事故発生日時 | | 年　　　月　　　日 　　　　時　　　　分ごろ | | | 発生場所 |  | | | | |
| 事故発生状況 | | できるかぎり詳しく記載してください。 | | | | | | | | |
| 疾病名 | |  | | | | | 治療見込  期間 | 入院見込　　　　　　　　　日間  通院見込　　　　　　　　　日間 | | |
| 病院名 | |  | | | | | 医師名 |  | | |
| 病院住所 | | 〒  連絡先(　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) | | | | | | | | |
| 主催者の事故証明 | | 団体名 | |  | | | | | | |
| 代表者職氏名 | | 印 | | | | | | |
| 住所 | | 〒  連絡先(　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) | | | | | | |
| 事務局 記載欄 | |  | | | | | | | | |