

事 故 報 告 書 《交通事故》

年 月 日

国際医療福祉大学塩谷看護専門学校長 殿

《報告者》学 年:

学籍番号:

氏 名:

事故学生との関係: 本人・他()

受付	
----	--

※太枠内を記入して、事務室に提出してください。

学生氏名			学籍番号	(年生)		
			生年月日	年 月 日		
現住所			帰省先			
電話番号			帰省先Tel			
事故名 ○で囲む	人身事故(通院・入院)・物件事故		事故現場 (住所・地名)			
事故日時	年 月 日 時 分 頃					
事 故 状 況 等	事故の状況・原因		事故略図			
	事故の様態(車、自転車等)	自分		相手		
	車両使用中の場合	プレートナンバー		車両登録 (有・無)	登録No.	
	正課中・休憩中・学校行事中・課外活動中・通学中・その他 ()					
	負傷(有・無)	程度		全治期間		
	自損・被害者・加害者・その他 ()			同乗者氏名		
	相手氏名			相手所属名称・TEL:		
				相手自宅TEL:		
	処理状況	警察に連絡 ・ 現場検証 (済・未) (済・未)				
	その他 報告事項	保険会社に連絡 (済・未)				

看護学校 処理欄	確認・処理事項				
	(重大な違反等: 有・無)				
事故処理・処分・連絡・指示等				保険の適用 will・自賠責・任意 他()・無	
受付日	年 月 日	受付者		確認	

学校長	副学校長	事務長	教務主任	教務副主任	関係者	担任