**ケガをした際に、まず市役所に連絡と共に提出してください**

被共済者番号

No.

**安　全　会　事　故　第　一　報　報　告　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 報告年月日 | 年　　　　　　　　 月　　　　　　　 日 |
| 報告者名 |  |
| 連絡先 | （　　　　　　　　　　　　　　） | **事故発生から30日以内に、府こ連へＦＡＸで通知してください。** |

事　故　内　容

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日時 | 年　　　月　　　日(　　) | 時　刻 | | 午前・午後　時　　分 | | 天 候 |  |
| 被 害 者 | 氏名　　　　　　　　男 ・ 女 　　歳　　　学年 （幼・小・中・高・指・育） | | | | | | |
| こども会名 |  | | 単位こども会番号 | |  | | |
| 行事名 |  | | | | | | |
| 発生場所 |  | | | | | | |
| 事故の状況（原因・処置・経過・障害の状況など）  **いつ：**  **どこで：**  **どんな状況でケガしたか：**  **ケガの箇所：**  **ケガの状況：**  **応急処置の方法：**  **いつどの病院に行ったか：**  **病院での診断：**  【書類送付先　担当者住所】  住所：〒  八尾市  名前： | | | | | | | |
| ＜個人情報の取り扱いについて＞  本共済契約に関する個人情報は、一般財団法人大阪府こども会育成連合会および公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。  また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。 | | | | | | | |