

賠償責任保険事故報告書

(株)国際研修サービス 御中

FAX 03(3453)3703 ※被保険者証書、パスポートも添付

契約内容	受入機関名	担当者							
	連絡先	TEL :		FAX :					
		住所 〒							
	被保険者氏名	アルファベット			研修生・実習生・修了者				
		フリガナ							
	生年月日	年	月	日生	被保険者番号				
受入企業名	担当者								
	TEL :		FAX :						
	住所 〒								
事故内容	事故日時	年	月	日	午前・午後	時	分	ごろ	
	事故発生場所								
	警察届出	あり () 警察署 人身・物損 届出日 (月 日) なし							
	事故状況	※文書にてご記入ください (書ききれない場合は別紙を添付してください。)				※見取図			
被保険者側	ケガの状況								
	病院名	TEL :							
	被害物 (自転車等)の損害状況・概算額								
相手側	相手の氏名								
	連絡先								
	損害状況								
	相手保険会社名	担当者							
	連絡先	TEL :		FAX :					