

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

*被保険者証明書を添付

契約内容	対応窓口	<input type="checkbox"/> 受入機関 <input type="checkbox"/> 受入企業						
	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					<input type="checkbox"/> 実習生	<input type="checkbox"/> 特定技能
		フリガナ					<input type="checkbox"/> 修了者	<input type="checkbox"/> 研修生
	生年月日				被保険者番号			
受入企業名						担当者		
連絡先	TEL				FAX			
	住所	〒						
事故内容	事故日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分ごろ	
	事故発生場所		都道 府県					
	警察届け出	<input type="checkbox"/> 有	警察署	<input type="checkbox"/> 人身 <input type="checkbox"/> 物損	届出日	月	日	<input type="checkbox"/> 無
	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						<input type="checkbox"/> 業務中	<input type="checkbox"/> 業務外
	被害物							<input type="checkbox"/> 通勤途上
相手側	相手氏名							
	住所	〒				TEL		
	損害状況 ケガの状況							
	病院名						TEL	
	相手保険会社						担当者	
	TEL				FAX			
備考欄								