様式第６号（第11条関係）　事業所用

年　　月　　日

事 故 発 生 状 況 等 連 絡 票

八幡浜地区施設事務組合消防長　　様

登録番号

事業所所在地

事業所名

代表者

　八幡浜地区施設事務組合消防重機オペレーションサポーター登録制度実施要綱第11条第1項の規定に基づき、事故の発生状況等について下記のとおり連絡します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発生日時 | | | | 年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　時　　分 | | | | | | | | | | | |
| 場　　　　所 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 運転・操作員 | | | |  | | | | 生 年 月 日 | | | | | | 年　　月　　日  　　　　　　　　 歳 | |
| 住　　　　所 | | | | ℡ | | | | | | | | | | | |
| 事故発生状況 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷 病 名 | | |  | | | | 傷病程度 | | | | |  | | | |
| 傷病部位 | | |  | | | | 病 院 名 | | | | |  | | | |
| 対  　　　物 | 相　手　方 | | | | | | 損　傷　物 | | | | | | | | |
| 住　所  ℡ | | | | | | １　車両　　　　　　　２　その他 | | | | | | | | |
| 運転者 | | | | | |  | | |
| 対    人 | 相　手　方 | | | | | | 傷　　　病 | | | | | | | | |
| 住　所  ℡ | | | | | | 傷病名、部位及び程度 | | | | | | | | |
| 病院 | | |  | | | | | |
| 性別 | １　男　　２　女 | | | 生年  月日 | M　T　S　H  年　　月　　日 | | | 年齢 | | 歳 | | | 職業 |  |