**第6号様式（第7条関係）**

**事故等発生報告書**

**年　　月　　日**

**大　垣　市　長　様**

**事業所所在地　〒**

**事業所名称**

**代　表　者**

**大垣市災害時等協力事業所等登録制度要綱第7条第1項に基づき、次のとおり事故等の発生状況を報告します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **発生日時** | **年　　月　　日（　　）　午前・午後　　　時　　　分** | | | | | | |
| **発生場所** |  | | | | | | |
| **対 象 者** | **氏　　名** | **(フリガナ)** | | **生年月日** | | | |
|  | | **年　　月　　日（　　歳）** | | | |
| **住　　所** | **〒** | | | | | **性　別** |
| **電話番号** |  | | | | | **男・女** |
| **事故等**  **発生状況** |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **受診医療**  **機関等** | **医療機関名** | |  | | **治療費** | **円** | |
| **薬　局　名** | |  | | **薬剤費** | **円** | |
| **治療等の状況** | **初診　　　　　年　　月　　日**  **（通院状況等）** | | | | | | |
| **傷病名** |  | | | | | | |