**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** |  |