

工大摂大学生互助会 御中

年 月 日

学 校 名	学部(課程)	学科 (専攻)	学年	学 籍 番 号
学 生 氏 名	印			

事 故 報 告 書

下記のとおり報告いたします。

記

自賠償保険その他原因者負担等によって医療費の支払を受けていません。

事 故 発 生 年月日・時刻	年 月 日 () 時 分頃
事 故 発 生 場 所	
事故の状況	
詳しく記入 して下さい	

(注) この報告書は、互助会受付システムの申請登録画面でアップロードしてください。

以下事務記入欄(記入しないで下さい)

学 生 互 助 会 記 入 欄		
主任	担当	担当