

被共済者番号

全国子ども会安全共済会事故第一報報告書

(傷害・疾病・死亡・後遺障害)

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

報 告 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

都道府県・指定都市子連 (一社) 千葉県子ども会育成連合会

市 区 町 村 子 連 _____

代 表 者 名 _____

報 告 者 名 _____

連 絡 先 () _____

事 故 内 容

日 付	年 月 日 ()	時 刻	天 候
被 害 者 氏名	_____	男・女 _____ 歳 _____	学年 (幼・小・中・高・育・指)
子 ども 会 名		子ども会番号	
行 事 名			
発 生 場 所			
事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)			
KYTの実施状況			
摘要			
全国子ども会安全共済会加入日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特

都道府県・指定都市子連受付年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	全 子 連	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
担 当 者		担 当 者	

(H25.4)