

人工壁の事故確認書

提出日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

地方連盟： _____ 所属会： _____

事故者名： _____ : _____

事故者住所：〒 _____

事故日： _____ 年 ____ 月 ____ 日 事故発生時間：午前/午後 ____ 時 ____ 分

事故発生施設名： _____

施設所在地：〒 _____

施設電話： _____

事故の状況： _____

上記の通り、事故が発生しましたことを確認します

_____ 年 ____ 月 ____ 日

所属会代表者： _____

施設管理者： _____

労山山岳事故対策基金運営委員会 受理日 _____ / ____ / ____