

人工壁の事故確認書

提出日 20 年 月 日

地方連盟： _____ 所属会： _____

事故者名： _____ : _____

事故者住所：〒 _____

事故日： 200 年 月 日 事故発生時間： _____ 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

20 年 月 日

所属会代表者： _____ 印

施設管理者： _____ 印

新特別基金運営委員会 受理日 20 / /