

事故等報告書

年 月 日

志木市長 様

報告者 主たる事務所の所在地  
法人名  
代表者氏名 印  
電話番号  
(届出者が法人でない場合、事業主の氏名、住所及び電話番号)

施設で発生した事故等について、次のとおり報告します。

施設名	
施設の所在地	〒 TEL
設置者名	
設置者住所	〒 TEL
代表者名	(氏名) (職名)
管理者名	
管理者住所	〒 TEL
事故等の内容	
発生日時	年 月 日 ( ) 時 分
児童名	
生年月日	年 月 日 歳 ( ヶ月)
性別	男 ・ 女
保護者名	
保護者住所	〒
保護者連絡先	TEL
診断名	: 全治 日
病院名	
病院所在地	〒 TEL
担当医師名	

発生状況 ※詳細に記入して下さい。								
・保育従事者数	名	(うち、有資格者	名)					
・児童数	名	【内訳】	0歳児	名	1歳児	名	2歳児	名
			3歳児	名	4歳児	名	5歳児	名
			学童	名				
(発生の状況)								
発生後の対応								
保護者への対応								
今後の対応								
備考								