

年 月 日

（あて先）

甲 府 市 長

住 所  
報告者 法人名  
代表者

印

甲府市笑顔ふれあい介護サポーター事業事故報告書

甲府市笑顔ふれあい介護サポーター事業により事故が発生しましたので、次のとおり報告します。

記

サ ポ ー タ ー	住 所			
	氏 名			
	生年月日		登録No.	
施 設 名				
事故発生日時	年 月 日( ) 時 分頃			
事故発生の状況(場所、種類、程度、本人と施設職員の行動など)				
事故のてん末				