

# 苦情・相談・事故報告書（社内用）

平成 年 月 日提出

部署・支店名			職名			氏名		
事故区分	人身( )	物損( )	交通事故( )	その他( )				
発生日時	年 月 日( ) :				申告者			
発生場所								
概要（経緯）								
原因								
対応状況	警察への届出	有・無	届出日時	月 日( ) 時 分	警察の担当者名			
	医療処置状況	医療機関名			医療機関住所			
		治療の概要						
	生命の危険度	<input type="checkbox"/> 極めて高い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 可能性有り <input type="checkbox"/> 可能性低い <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他( )						
	事業所の対応							
事故の相手	相手氏名			住 所				
	電 話			その他備考				
	相手の様子						損害賠償発生の可能性	有・無
ご家族への説明								
職場長の意見								

社 長	担当役員	部署長		

会社名を入れて下さい