日本ボーイスカウト兵庫連盟

事故発生状況報告書（入院見舞金等給付用）

事故発生日時		年　月　日（　曜日）　午前・午後　時　分頃		
発 生 場 所				
傷　病　名				
受傷者	氏　名	（　歳）	加盟員番号	
	所　属	地区　第　団　隊		
	保護者氏名	（加盟員との続柄　）		
	住　所	〒　TEL		
現認者	氏　名	（　歳）		
	所　属	地区　第　団　役職		
	住　所	〒　TEL		

事故発生時の状況、考えられる原因

<u>発生状況</u>

<u>受傷部位</u>

入院した医療機関　名　称　　TEL

所在地

入院期間　年　月　日～　月　日（　）間

上記の事実に相違ないことを証明いたします。

年　月　日　　証明者　団委員長　㊞

確認者　地区委員長　㊞

日本ボーイスカウト兵庫連盟

理事長　様

※スカウト活動中の事故であることを証明するプログラム等を添付して下さい。
※受傷者が保護者の場合は、保護者欄の氏名の前に（受傷者）と記入し、加盟員との続柄も記入願います。