

一般社団法人関西サッカー協会 宛 ※事象発生後 1 週間以内にご連絡ください。
保険請求者 → 会場責任者 → 各種別理事 → (一社) 関西サッカー協会 → 保険会社

事故報告書

記入日 年 月 日

ふりがな		
氏名 (年齢)		(満 歳)
未成年者の場合親権者氏名		
個人登録番号		
所属団体名		
ご住所	〒	
電話番号		

事故状況について

日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃
大会名	
会場	
状況 (可能な限り詳細に)	
受傷部位 (けがの場合)	
症状 (傷病名)	入院 (有 ・ 無) 手術 (有 ・ 無)
受診医療機関名	
受診医療機関電話番号	

※記入要

会場責任者への報告確認欄		
会場責任者名(フルネーム)	会場責任者電話番号	報告済チェック
様		<input checked="" type="checkbox"/>

※記入しないでください

(一社)関西サッカー協会 確認欄			
年	月	日	確認

* 会場責任者との確認ができない場合は受理できませんのでご注意ください