

（株）メディクプランニングオフィス 行き

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 全員加入保険
会務・行事中の傷害事故報告書

報告日：平成 年 月 日

契約者：一般社団法人日本臨床衛生検査技師会

※下記事項をご記入のうえ、ご郵送ください。

郵送先：〒104-0033 東京都中央区新川 2-22-6 SJIビル2F 株式会社メディクプランニングオフィス

■ケガをされた方

フリガナ		日臨技 会員番号	
氏名			
住所	〒		
本紙についてのお 問い合わせ先	(自宅・携帯・会社)	—	(内線)

■この用紙をご記入された方（ケガをされた方と同一の場合は、記入不要）

フリガナ		被保険者との 続柄	
氏名			
住所	〒		
本紙についてのお 問い合わせ先	(自宅・携帯・会社)	—	(内線)

■事故内容

行事・研修 会・学会名			
事故発生日	平成 年 月 日	(午前・午後)	時 分頃
ケガをされた 場所			
事故状況			
ケガをされた 体の部位			

上記事故は、管理下中に発生したものであることを証します。

日時	平成 年 月 日	印
管理責任者		

<個人情報のご利用についてのご連絡>

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査、弁護士への相談委嘱・顧問医療機関への相談などや、関係する損害保険について損害保険会社間やミレアグループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきますので、ご了承ください。