

（株）メディッ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

「感染事故」報告書

※下記事項をご記入いただき、所属長または会主催の行事責任者の署名の上、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 株式会社メディックプランニングオフィス

ご記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証券番号： _____

■会員（＝被保険者）欄

氏名	フリガナ	会員番号	
	様	日中の連絡先	TEL： _____（ _____ ） メール： _____（携帯・自宅・勤務先）
住所	〒 _____		

■報告者欄（会員と異なる場合のみ記入してください。）

氏名	フリガナ	会員との続柄	
	様	連絡先	TEL： _____（ _____ ）

■感染事故内容

感染症名	
感染症発症日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
感染した場所	<input type="checkbox"/> 勤務先施設 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※業務中・会主催の行事中以外の罹患は対象になりません。
感染経路	
入院	<input type="checkbox"/> あり→ _____ 日 <input type="checkbox"/> なし (診療明細書に記載の日数と相違ないことをご確認ください)
死亡	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本感染事故は、（ 業務中・会主催の行事中 ）の罹患であることを証します。（いずれかに○）

【ご署名・ご捺印】

（所属長・会務責任者）： 役職 _____ 氏名 _____ 印 _____

※本用紙によりお預かりしたお客様の個人情報、ご報告いただいた感染事故の保険会社による内容確認と見舞金の算定以外に利用することはありません。なお、診断書（コピー含む）等の添付書類は、ご返却いたしませんので予めご承知おきください。

※会員からの特段の指定がない限り、見舞金は日臨技年会費の振替口座にお振り込みいたします。