賠償責任保険

 　　　　　　　 作業中にケガをさせてしまったり、

 物を壊してしまったら・・・・・

下記の内容をお聞かせください。

①自治会名  **自　治　会**

②報告者名

 **連絡先電話**

③事故日時 **年　　月　　日（　）** 　　　**時 　 分頃**

④事故場所 **袋井市**　　　　　**地内**　　　　　　**川堤防・排水路**

⑤事故状況

⑥被害内容

　　こわしてしまった物 **車種**

 　　　　相手方氏名 **住所**

 **氏名**

 　　　　修理先 **名称**

 **連絡先**

 　　　　　　　※　被害状況の確認用に写真の提出をお願いします。

　補償保険　　　 作業中に もしケガをしてしまったら・・・・

下記の内容をお聞かせください。

①自治会名 **自　治　会**

②報告者名

 **連絡先電話**

1. 事故日時 **年　　月　　日（　）** 　　　**時 　 分頃**

④事故場所 **袋井市**　　　　　**地内**　　　　　　**川堤防・排水路**

⑤事故状況

⑥負傷された方

 　　　　 　 **住所**

 **氏名** **（年齢　　　）**

 **連絡先電話**

 **負傷の部位**

 **負傷の症状**  骨折・創傷・切断・打撲 ・火傷・その他（　　）

 **治療病院名**