

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り・・・

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 _____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** _____