

事 故 報 告 書

静岡県野球連盟共済会 御中

次のとおり報告いたします。

年 月 日

ふりがな			所属支部名	支部
負傷者氏名			チーム名	
負傷者住所	〒			
	電話 () -			
生年月日	年 月 日 (生 才)	共済会加入 年 月 日	年 月 日	
事故年月日	平成 年 月 日	午 前 後	時	分頃
傷病名				
治療状況	1.入院(見込み) 日間		2.通院(見込み) 日間	
治療病院名	電話 () -			
病院所在地				
目撃者 <small>(連盟役員又は担当審判員)</small>				⑩
大会名 <small>(行事名)</small>				
球場名				
(事故状況)				

チーム責任者名

⑩

住所 〒

支 部 名

事務担当者

電話 () -

支 部 長 名

⑩