

2024 年度 ブルーファイターズサッカークラブ 保険適用怪我・事故報告書

下記怪我・事故の報告をします。

報告者名		報告日時	西暦	年	月	日
------	--	------	----	---	---	---

【怪我・事故当事者】

フリガナ							【下記該当項に○】
当事者氏名			区分	選手			コーチ
住 所	〒					<small>マンション名</small>	
連 絡 先	携帯：	固定電話：	FAX：				

【発生状況】

			発生日時	西暦	年	月	日		時頃
種別	怪我	事故	器物破損	第3者障害	その他				
上下該当項に○	練習中	試合中		移動中			その他		
その他の場合									
発生場所住所	〒								
発生状況									
なるべく詳しく									
	怪我の部位	怪我の種類【傷病名】			治療日数【見込み】				

【怪我・事故の場合】

通院病院名		連絡先			
住 所	〒				
通院病院名			連絡先		
住 所	〒				

【第3者障害の場合】

被害者氏名		連絡先			
住 所	〒				
通院先病院等					

【器物破損の場合】

被害者氏名		連絡先			
住 所	〒				
復旧費用・業者等					

事務局使用欄	(財)スポーツ安全協会連絡者・連絡日時	怪我完治日（修理完了日）