

2025 年度 ブルーファイターズサッカーカラブ 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	〒				マンション名
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 上下該当項に○	怪我	事故	器物破損	第3者障害	その他
	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)