第１号様式（第９条関係）

年　　月　　日

佐世保市長　　様

報告者　住所

電話　　　　（　　　）

　　　　氏名

※賠償事故加害者又は傷害事故負傷者との関係　　（本人・親権者・相続人・その他）

市民活動〔賠償・傷害〕事故発生報告書

　市民活動中に事故が発生しましたので、佐世保市市民活動保険制度実施要綱第９条第１項の規定により、報告します。

　なお、市民活動保険〔賠償・傷害〕制度の各種手続に当たり、報告書記載の個人情報を市が契約する損害保険会社に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 賠償事故 | 加害者 | | 氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) | |  | | | 年　　月　　日生 性別　　　男　・　女 | | |
|  | | |
| 住所 | | 〒  連絡先(　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) | | | | | |
| 団体名 | |  | | | | | |
| 被害者 | | 氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) | |  | | | | 年　　月　　日生 性別　　　男　・　女 | |
|  | | | |
| 住所 | | 〒  連絡先(　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) | | | | | |
| 傷害事故 | 氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | |  | | | | | | 年　　月　　日生 性別　　　男　・　女 |
|  | | | | | |
| 住所 | | | 〒  連絡先(　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) | | | | | | |
| 団体名 | | |  | | | | | | |
| 活動名 |  | | | | | 活動内容 |  | | | |
| 事故発生日時 | 年　　　月　　　日 　　　　時　　　　分ごろ | | | | | 発生場所 |  | | | |
| 疾病名 |  | | | | | 治療見込期間 | 入院見込　　　　　　　　　日間  通院見込　　　　　　　　　日間 | | | |
| 病院名 |  | | | | | 医師名 |  | | | |
| 病院住所 | 連絡先(　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 事故発生状況 | できるかぎり詳しく記載してください。 | | | | | | | | | |
| 主催者又は目撃者の事故証明 | 氏名 | ㊞ | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  連絡先(　　　　)－(　　　　)－(　　　　　　) | | | | | | | | |