（FAXの場合使用）

様式４

送信者名：

送信者FAX：

**モニタリングサイト1000里地調査**

**事　故　証　明　書**

|  |  |
| --- | --- |
| サイト番号 |  |
| 調査グループ名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　傷　者 （被保険者） | | 住　　所 | 〒 | | | | | TEL |  | |
| フリガナ |  | | | | | 年令 |  | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 事故発生日時 | | 年　　　月　　　日 | | | 午前 　午後 | | | 時 | 分頃 | |
| 事故発生場所 | |  | | | | | | | | |
| 事故原因、状況 （　く　わ　し　く ご記入ください） | |  | | | | | | | | |
| 受　傷　部　位 | |  | | | 通・入院病院名 　　　　　TEL. | | | | | |
| 自転車、原付自転車等を運転中の場合 | | | | 免許証の種類　　　　　　　　　　免許証番号　第　　　　　　　　　号 | | | | | | |
| （加害者がある場合は下記へご記入ください） | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | |  |
| 氏名 |  | | | | | TEL |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | |