（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 | 　 |  |
|  |