

※初期対応後、電話等において、第一報の連絡を行った上で提出してください。

事 故 報 告 書

令和 年 月 日

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長 様

法	人	名
サ	ー	ビ
ス	種	別
事	業	所
(	施	設)
名		
事	業	所
(	施	設)
所		
在		
地		
管	理	者
名		
報	告	者
名		
連	絡	先

令和 年 月 日に発生した事故（災害）について、次のとおり報告します。

1 事故の概要			
2 発生日時			
令和 年 月 日（ 曜日） 時 分			
3 当事者			
ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名			年 月 日（ 歳）
障害種別	障害支援区分		援護実施市区町村
身体・知的・精神・児童			
4 事故の詳細（発生場所・経緯・原因 等）			
5 対応状況等（事故への対応状況、援護実施市区町村・利用者の家族等関係者への連絡の状況、当事者の現況 等） ※ 通院・搬送がある場合は、診断内容・治療内容・全治に要する期間等を、警察の捜査がある場合は、捜査への対応状況・警察による事件性の判断等を、損害賠償がある場合は、その対応状況を記載してください。			
6 再発防止への取組み			
7 その他特記事項			

注 怪我及び死亡に係る事故については、経過が分かる記録等を添付してください。