

# 事故等発生状況報告書

年 月 日

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会会長 様

法人(団体)名

代 表 者

印

砂川市地域包括ケアネットワークシステムの運用に当たり、下記のとおり事故等が発生したので報告します。

## 記

施 設 名	
施 設 住 所	〒
施設の代表者名	
事故等の概要	
被害を受けた者	
事故等の発生日時	年 月 日 (午前・午後) 時 分頃
管理責任者が事故等を認知した日時	年 月 日 (午前・午後) 時 分頃
事故等の原因	
再 発 防 止 策	

