

日本学生陸上競技連合 傷害保険事故報告

事故にあわれたときは、事故の日から30日以内に本報告書を日本学生陸上競技連合にお送りください。(FAX:03-5304-5569)
なおFAXには日本学生陸上競技連合登録証のコピーを添えてください。

【FAX送付先・問い合わせ】 公益社団法人 日本学生陸上競技連合 TEL : 03-5304-5542 FAX : 03-5304-5569 〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-58-11 中沢ビル2F		【本件に関する連絡先をご記入ください】 TEL : FAX : 氏名 _____	
事故の年月日	年 月 日	午前・午後	時 頃
事故の場所	(住所) 都・道・府・県 (場所)		
事故の詳細状況	※各事項40字以内でご記入ください。		
(何をしているときに)			
(何が起きて)			
(どのようになったか)			
ケガをされた方			
氏名	フリガナ	電話番号	
大学名		性別	男 女
日本学連登録番号		年齢	
※当該年度4月1日時点の年齢			
住所	〒		
都道府県		市区町村	
町名/丁目番地			
マンション名 方書など			
ケガの内容			
ケガの部位(大分類) : 頭 首 胸 腹 背 腰 臀部 右腕 右肩 左腕 左肩 右脚 左脚 全身			
ケガの部位(詳細) : (例: 眼・口・鎖骨・膝・手首・アキレス腱 等)			
ケガの症状 : 切り傷 すり傷 挫傷(打撲) 骨折 脱臼 捻挫 肉離れ 靭帯損傷 腱断裂 神経損傷 その他 ()			
入院の有無(見込み含む): 有 ・ 無			
部活動団体管理下での競技活動中に、 上記事故の発生したことを証明致します。		(大学名) (住所) (電話) (指導者氏名)	
年 月 日			
※必ずご記入ください。			

