

事故報告書（第一報用）

湯河原町介護課 介護保険係 行
(FAX番号 0465-63-2384)

事業者名	
報告者名	
サービス種	
保険者	
被保険者番号	
年代・性別	()代 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
発生日時	年 月 日() 時 分ごろ
事故概要 (簡潔に記入)	
医療機関	
家族への連絡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考	

※『介護保険事業者 事故報告書』について、速やかに提出すること