

事故状況詳細報告書

受付番号	県名 商工会名
加入者名	被共済者名
事故日 年 月 日	事故場所
事故状況	説明図
	証言できる方 住所 氏名 連絡先
<p>以上に相違ないことを報告致します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被共済者 印</p>	

関係者聴取

現場確認

の結果、以上に相違ないものと認めます。

年 月 日

県 商工会

印

(経営指導員等の商工会の方)