業務災害が発生したら!

下記事項を確認して、直ちにご連絡ください。

さわやか保険プラン株式会社行　(TEL 0284-64-0332)

FAX:0284-65-0245

けがをした人	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日　　年　　月　　日	
	住所	
負傷した日時	平成　　年　　月　　日(　　)　　時　　分頃	
職種 どこで？ どんな作業をしていて？ どんな状態で？ どんなふうになって？ どこを負傷した？	(通勤災害のときは、通勤経路と災害発生場所を書いてください)	
現認者(一緒にいた人)	氏名	職種
病院	病院名	TEL
最初に病院に行った日	平成　　年　　月　　日	
転医したとき	病院名	TEL

貴社名

TEL：

さわやか保険プラン