

センチュリーパートナーズ(株)
FAX : 0985-73-9196

ケガ・病気報告FAX連絡票

貴社名 担当者名 ※ゴム印でどうぞ	
-----------------------------	--

負傷者・患者について	カナ			生年月日	性別	年齢
	氏名			年 月 日		歳
	カナ					
	住所	〒				
	連絡先	電話	— —	携帯	— —	
	会社名	(下請業者・派遣社員の場合のみ記入をしてください。)				
	会社所在地	〒 (下請業者・派遣社員の場合のみ記入をしてください。)				

ケガ・病気について	傷病名・状態					
	傷害部位	<input type="checkbox"/> あたま <input type="checkbox"/> かお <input type="checkbox"/> くび <input type="checkbox"/> うで(右・左) <input type="checkbox"/> ゆび <input type="checkbox"/> め <input type="checkbox"/> こし <input type="checkbox"/> あし(右・左) <input type="checkbox"/> その他()				
	入院有無	<input type="checkbox"/> 入院あり <input type="checkbox"/> 入院なし	入院開始日	年 月 日	～	
	病院名①			電話	()	—
	病院名②			電話	()	—
	保険摘要	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自由診療 <input type="checkbox"/> その他()				

※ケガのご報告のみ下記事故内容もご記入下さい。

事故の内容	事故日時	年 月 日 ()	午前・午後	時 分頃
		就業中 ・ 通退勤途中 ・ プライベート		
	事故発生場所	市・区 郡	町・村	
	事故内容 ※おわかりになる範囲で ご記入ください。			

※接骨院・鍼灸院・カイロプラクティックに通院の際は、お支払いできない場合がございますのでご注意ください。

センチュリーパートナーズ(株)
FAX : 0985-73-9196

ケガ・病気報告FAX連絡票 (記入例)

貴社名 担当者名 ※ゴム印でどうぞ	栄愛建設 (0985) 73-9195 担当 栄愛 優子
-------------------------	---

負傷者・患者について	カナ	えいあい たろう	生年月日	性別	年齢
	氏名	栄愛 太郎	昭和56年 4月 1日	男	39 歳
	カナ	ミヅ マツミヅ マカハニツ2-4-23			
	住所	〒880-0905 宮崎県宮崎市中村西2-4-23			
	連絡先	電話	— —	携帯	090-1234-5678
	会社名	(下請業者・派遣社員の場合のみ記入をしてください。)			
	会社所在地	〒 (下請業者・派遣社員の場合のみ記入をしてください。)			

ケガ・病気について	傷病名・状態	骨折			
	傷害部位	<input type="checkbox"/> あたま <input type="checkbox"/> かお <input type="checkbox"/> くび <input type="checkbox"/> うで(右・左) <input type="checkbox"/> ゆび <input type="checkbox"/> め <input type="checkbox"/> こし <input checked="" type="checkbox"/> あし(右・左) <input type="checkbox"/> その他()			
	入院有無	<input checked="" type="checkbox"/> 入院あり <input type="checkbox"/> 入院なし	入院開始日	2020年 10月 1日~	
	病院名①	宮崎県立西橋病院	電話	(0985) 99-9999	
	病院名②		電話	() -	
	保険摘要	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自由診療 <input type="checkbox"/> その他()			

※ケガのご報告のみ下記事故内容もご記入下さい。

事故の内容	事故日時	2020年 10月 1日(木) 午前・ 午後 1時 00分頃	
		就業中 ・ 通退勤途中 ・ プライベート	
	事故発生場所	宮崎 市 ・区 中村西 町・村	
	事故内容 ※おわかりになる範囲で ご記入ください。	建設現場にて作業中、誤って足場から転落し、負傷。	

※接骨院・鍼灸院・カイロプラクティックに通院の際は、お支払いできない場合がございますのでご注意ください。