

（株）メディクプランニングオフィス 行き

「視能訓練士賠償責任保険」（全員加入部分）対人賠償事故報告書

報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

契約者：公益社団法人日本視能訓練士協会

証券No.:

※太枠内のみご記入のうえ、FAXまたはご郵送ください。

■被保険者（会員）

フリガナ		日本視能訓練士協会 会員番号	
氏名			
住所	〒		
会社名			
フリガナ			
報告者氏名	※報告者が被保険者と異なる場合のみご記入ください。		
本紙についてのお 問い合わせ先	(自宅・携帯・会社)	—	(内線)

■被害者

フリガナ	
氏名	
住所	〒
電話	(自宅・携帯・会社) — (内線)

■事故内容

事故発生日	西暦	年	月	日	(午前・午後)	時	分頃
事故の場所	都・道 府・県	区・市 郡	町 村				
事故状況							