

# 被災経過報告書

平成 年 月 日

地方公務員災害補償基金  
大阪市支部長様

所属 \_\_\_\_\_  
被災経過報告者 職名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

次のとおり被災経過等を報告します。

## 記

被災職員氏名					
災害発生日時	平成	年	月	日 ( )	午前・午後 時 分
災害発生場所					
報告を受けた日時	平成	年	月	日 ( )	午前・午後 時 分
災害発生から報告を受けるまでの経過					
都度における対応					
事実確認等のための調査内容					
災害発生原因及び安全衛生上の問題点	今後の再発防止策				

注) 被災経過報告者は、被災職員の所属課(事業所)の長とする。