

災害発生状況等報告確認書

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 _____

確認者 職名 _____

氏名 _____ (印)

被災職員との関係 _____

被災職員より下記のとおり報告等がありました。

記

被災職員氏名	
災害発生日時	平成 年 月 日 () :
災害発生場所	
災害発生状況報告日時	平成 年 月 日 () :
災害発生後の状況等	