

災害発生状況等確認書

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 _____
報告確認者 職名 _____
氏名 _____ (印)

下記のとおり報告等があったことを確認しました。

記

確認者	
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 () :
被災職員から報告を受けた者	職名 : 氏名 :
災害発生後の状況等	