

災害発生状況確認書

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

下記のとおり報告があったことを確認しました。

記

被災職員氏名	
災害発生日時	年 月 日() :
災害発生場所	
被災職員による 災害発生状況報告日時	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	

注) 年月日の記載には元号を用いること。