

シルバー人材センター賠償責任事故報告書・認定書

下記のとおり事故の報告をいたします。

センター名	名称		担当者氏名
	代表者	⑩	
	所在地	〒 TEL	
被 保 険 者 (加 害 者)	住所	〒 TEL	
	氏名		
事 故 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ		
事 故 場 所			
事故原因および状況	※ 1. 身体 入院・通院 日間		
	※ 2. 財物 購入年月日 年 月頃・購入金額 円		

被 害 者	住所	〒 TEL	
	氏名		
備 考			
	証券番号		

上記の加害者は、当センターの会員であることを認定いたします。

年 月 日

・所在地

・センター名称

・代表者氏名

⑩