インターンシップ・ボランティア活動等体験活動賠償責任保険制度事故報告書

本事故報告書および加入依頼書（写）と名簿、保険料振込が証明できる書類を損害保険ジャパン保険金サービス課まで FAX ください。（FAX　03-3385-3708）
なお、事故報告書の原本は後日保険会社から届く請求書類と合わせてご提出ください。

損害保険ジャパン株式会社　御中

下記の通り事故報告いたします。

報告者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

報告日　　年　　月　　日

被保険者（加入者生徒）	（フリガナ）	
	（住　所）〒　　－	
	（電話番号）	
	（フリガナ）	
	氏名：	
	（年齢：　　／性別：　　）	
親 権 者	（フリガナ）	

保険契約の内容	契約者	（公財）産業教育振興中央会	社用欄	
	所属学校	（フリガナ）		
		（住　所）〒　　－		（TEL）
	加入手続日	年　　月　　日	※ブランクの場合は代理店での手続き完了日とします。	
事故内容	事故発生日	年　　月　　日　　時頃	警察への届け	有・無
	事故発生現場			
	活動内容	1．インターンシップ中　2．ボランティア活動中　3．その他（具体的に　　）		
	相手先（被害者）※いずれかで可	個人	氏名　年齢　職業	
			住所　電話番号	
		法人※	法人名　担当者	
			住所　電話番号	
	＜発生状況＞できるだけ詳しくご記入ください。		＜見取り図＞　※交通事故の時のみ記入	
	被害の状況	損害額　約　　円		

事　故　証　明　欄（学校にて記入）

（学校名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（担当者）　　印

（受入先）
上記法人※と同一の場合は省略頂けます