

事故報告書

件名		事故等発生年月日	年 月 日 時頃
		事故等発生場所	
相手方	患者番号	対応者	
	(患者との続柄:)		
連絡先	(勤務先)	電話	電話
(事故等の内容)			
(処理てん末)			

以上、事故処理報告いたします。

福島県ふたば医療センター附属ふたば復興診療所長 様

令和 年 月 日

報告者

印