（様式２）

　　　年　　　月　　　日

福井県ＰＴＡ連合会安全会会長　様

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　学　校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＰＴＡ

ＰＴＡ名　　　　　　　　　　　幼稚園

会　長名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　〒

所在地　　　　　　郡

　　　　　　　　　市　　　　町

ＴＥＬ（学校）　　　　－　　　－

災　害　報　告　書

**下記のとおり災害が発生したので、事実と相違ないことを確認し報告します。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会 員 氏 名（世 帯 主） |  | 住所 | 　　　郡　　　市　　　　町 |
| ふ り が な被災者氏名 |  |
|  | 性別 |  | 年齢 | 　　才 | 続柄 |  |
| 災害発生日時 | 　 月 　日　　時 | 災害発生場所 |  |
| 行事等の名称 |  | 主催者名 |  |
| 傷　 病　 名（ 死 亡 ） |  |
| 発生時の状況（できるだけ詳細に） |  |
| 初 診 年月日 | 平成　　年　　月　日　　　　　　　　時頃 | 医療機関名 |  |
| 電 話 番号 |  |
| 記 載 責任者 |  |
| **※災害が発生した日から３０日以内に本報告書とＰＴＡ活動を証明するもの（案内文・実施要項等）を提出してください。** |