（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。** | | | | | | | | | |