

様式 1

平成 年 月 日

一般社団法人 茨城県トラック協会 殿

交通事故発生通報書

事業所名  
所在地  
連絡先TEL  
担当者名

印

| 発生日時 | 発生場所 | 道路別     | 死傷者別  | 事故原因  | 事故当事者の氏名等 |        | 取扱警察署名<br>事故証明書番号 |
|------|------|---------|-------|-------|-----------|--------|-------------------|
|      |      |         |       |       | 第1当氏名     | 第2当氏名  |                   |
| 月 日  |      | 国道( )   | 死者 名  | 第1当事者 | 氏名(年齢)    | 氏名(年齢) |                   |
|      |      | 県道( )   |       |       | 勤務先       | 勤務先    |                   |
| 時 分  |      | 市町村道( ) | 負傷者 名 | 第2当事者 |           |        |                   |
|      |      | その他     |       |       | 所在地       | 所在地    |                   |

(注) : 本報告書は、県内・県外を問わず、参加事業所従業員が業務中起こした人身事故について、発生のつど7日以内に協会へ報告すること