

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

㊞

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 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