

		理事・副学長 教育・評価担当	学生委員会 委員長	次長 総務・教育担当	学務課長	備 考
課長補佐	学生支援係長	大学院係	国際化推進室	教務係	学生支援係	

学生の事故報告書

発生日時 Date	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃 year/ month / day time	
発生場所 Place	※本学敷地以外でのサークル活動中の事故は、課外活動届を提出すること	
区分 Persons concerned	当 事 者	
	本学学生 HUSM Student	相手方 Other person
氏名 Name		
所属 Department	医学科・看護学科・大学院 年次	(所属・勤務先等)
学籍番号 Student ID No		
住所 Address	〒 TEL(- -)	〒 TEL(- -)
指導教員 顧問教員 Academic advisor	指導教員・顧問教員 (サークル名)	指導教員・顧問教員 (サークル名)
症状・損害 状況等 Situation	症状：病気・ケガ(熱中症・中毒症状含む) Symptom	症状：病気・ケガ(熱中症・中毒症状含む) Symptom
	損害： Damage	損害： Damage
事故概要 Accident report		
事故後の 処置 Action after accident	<input type="checkbox"/> 救急車の手配：無・有 <input type="checkbox"/> 警察への届出：無・有 <input type="checkbox"/> 学研災以外の任意保険の利用：無・有	<input type="checkbox"/> 正課・学校行事・学校内・課外活動・通学中 <input type="checkbox"/> 症状：病気・ケガ(熱中症・中毒症状含む) <input type="checkbox"/> 学生教育研究災害傷害保険：該当・該当せず <input type="checkbox"/> 学研災付帯学生生活総合保険：該当・該当せず <input type="checkbox"/> 保険金請求手続き案内：未・済
備考 Others	<input type="checkbox"/> 入院：無・有 (/ ~ / まで 入院・予定) <input type="checkbox"/> 通院：無・有 (/ ~ / まで 通院中・通院終了・通院予定) <input type="checkbox"/> 医療機関名： () <input type="checkbox"/> 固定具：無・有 (/ ~ / まで 固定・予定) 固定具名： <input type="checkbox"/> 相手方との示談：無・有 (示談中・示談済・未手続 (理由：))	

裏面も記入のこと

【学務課提出用】

事故発生時の状況(現場略図)