

事故等報告書

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

所 属 保健医療学研究科
助産学専攻科
保健医療学部（ 学科）
学 年 年
学籍番号
氏 名

保証人 氏 名

次のとおり交通事故等の当事者となりましたので報告します。

発 生 日 時	年 月 日	午 前 時 分 午 後
発 生 場 所		
相 手 方	住 所	
	ふりがな 氏 名	（職業： 年齢： 歳）
事故等の概要		
事故・負傷等の程度		
処 理 経 過		