

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（ 専攻）
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		