様式第１号（第２条関係）

学校医等公務災害報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 八頭町教育委員会　様 | 報告年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 下記のとおり公務に基づくと認められる災害が発生したので報告します。 | 所属学校長氏名印 | 学校長　　　　　　　　　　 |
| 所属学校の名称及び位置 |  | 医師、歯科医師又は薬剤師としてのそれぞれの経験年数 |  | 学校医等の氏名、年令及び生年月日 | 　　年　　月　　日生　　才 |
| 補償を受けるべき者の住所及び氏名 |  | 学校医等との続柄又は関係 |  |
| １ | 傷病名、傷病の部位及びその程度 |  |
| ２ | 災害発生の場所及び日時 | 　　年　　月　　日　　時ごろ |
| ３ | 災害発生の状況とその原因 |  |
| ４ | 医師の意見、最近の健康診断の記録、剖検記録及び公務上のものであるかどうかを認定するために参考となる事項 |  |
| ５ | 公務上の災害と認められる理由 |  |