FAX：06-6577-3200
TEL：06-6577-2700 ➠ 株式会社エム・アイ・プラン 行

「事故報告書」-施術時の身体賠償事故用-

報告書記入日		平成　年　月　日（　）	報告担当者	
所属会社名		（担当連絡先）　-　-		
施術者氏名			体調確認シート	有 ／ 無
協会資格		□リラクゼーションセラピスト１級　□リラクゼーションセラピスト2級		
施術店舗	店舗名		スペース認定番号	
	住所	〒 （連絡先）　-　-		
事故内容	ケア日時	平成　年　月　日（　）	午前・午後　時　分頃	
	お客様の申出日	平成　年　月　日（　）	午前・午後　時　分頃	
	コース名・内容	（名称）：　、（分数）：　分　、（ケア概要）：		
	事故状況	どのような体位で　： どの部位に　： どのようなケア（具体的に）： 	＜図示＞	
	受傷内容	受傷内容・傷病等：	‹痛み、症状の範囲›	
	診断書	受領済み　・　依頼中　・　無し		
	治療機関①	（名称）		
	（初診日）	平成　年　月　日（　）		
	（病院・医院）	（連絡先）		
	治療機関②	（名称）		
	（病院・医院）	（連絡先）		
お客様	ご氏名	男・女	（生年月日）　年　月　日（　才）	
	ご住所			
	ご自宅連絡先	（連絡先）　-　-	（携帯電話）　-　-	
	ご職業	（会社名）	（連絡先）　-　-	
	お客様の特徴	新規客　・　リピート客　太め　・　細め　・　大柄　・　小柄　・　その他（　）		
事故原因と考えられること及び再発防止策				
保険金請求書送付先		〒		

対応履歴	日時	対応の詳細	対応者

報告時チェック

※報告担当者は保険代理店に送信する前に下記のチェックを行うこと。

□施術が原因の事故である　□被害の証明はお客様によってすることができる

□お客様は医師の診断を受けている　□保険代理店への相談なしに示談していない