**事　故　報　告　書**

新潟リハビリテーション大学

理学療法学専攻長　殿

報告日(西暦)　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

学　　年

専　　攻

学籍番号

氏　　名(自署)

|  |
| --- |
| 発生日時：(西暦)　　　　年　　　　月　　　日　（　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　午前　　　　時　　　分頃  午後　　　　時　　　分頃 |
| 発生場所： |
| 事故発生時の状況（当事者、けがの状況、容態を含む）： |
| 直後の対応： |
| その後の容態等： |
| 事故発生の原因と思われる事項： |
| 再発防止対策： |

実習施設名：

実習指導者：(自署)