

# 事 故 報 告 書

新潟リハビリテーション大学  
理学療法専攻長 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) \_\_\_\_\_