

【様式 15】

事 故 報 告 書

新潟リハビリテーション大学
作業療法学専攻長 様

実習指導者

印

報告日： 年 月 日

報告者：新潟リハビリテーション大学 作業療法学専攻 4 学年

学籍番号： 氏 名： (自署)

事故発生日時： 年 月 日 午前 : 頃
午後 : 頃

事故発生場所：

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