



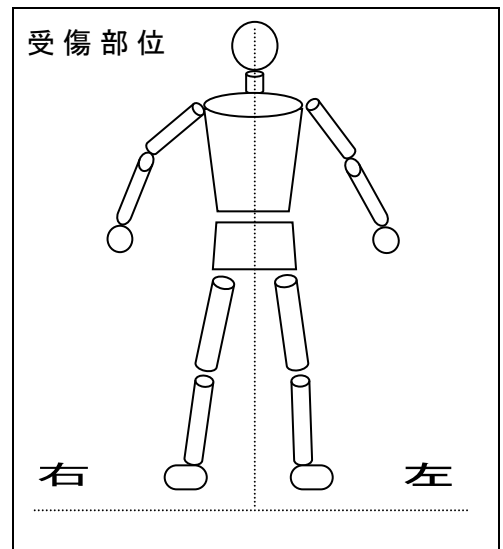
事故発生連絡表

No. _____

記入者: _____ 記入日: 年 月 日

発生日時	年 月 日 () AM / PM : 頃
登録番号 登録地	/ 都道府県
ゼッケン番号 種目	(No.) DHI / XCO / XCE
クラス	
フリガナ名 性別/生年月日	(男・女) 年 月 日生 歳
住所	〒 都道府県 市区郡町
電話番号 (日中連絡先)	() — (携帯電話 / 勤務先 / その他:)
e-mail	@

傷害状況	A. 骨折 B. 脱臼 C. 捻挫 D. 打撲 E. 擦過傷 F. 切傷 G. その他 ()
傷害原因	A. 自分で転倒 B. 障害物に衝突 C. 他人と衝突 D. その他 ()
処置状況



発生場所	都道府県 市区郡町 名称;
------	------------------