国スポ事故報告書（様式）

**国 ス ポ 事 故 報 告 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 大会 | 第　　回　(国民スポーツ大会・冬季大会) |
| 該当するものに○印 | ブロック大会 | 本大会 |
| 大会期間 | 　　年　　月　　日　から　　　年　　月　　日まで |
| 自宅住所 | 〒TEL 自 宅 勤務先 携帯 ：　　　（　　　　）（※日中ご連絡のつく電話番号をご記入ください。）メールアドレス：　 |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  | 生年月日（西暦） |
| 氏名 |  | 年　　月　　日生 |
| 出場競技等の区分 | 競技 |
| 事故発生場所 |  |
| 事故発生日時 | 　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　　分頃 |
| 事故の原因・状況（ｹｶﾞの部位も記入） |  |
| 負傷後の処置 |  |
| 傷病名 |  |
| 全治見込日数 | 日（入院　　　　日、通院　　　　日） |
| 下記内容を確認のうえ、□に✔を記入してください  |
|[ ]  「国民スポーツ大会参加者傷害補償制度-2024年度版」内の「【9】個人情報の取り扱い」のとおり取り扱われることについて本人の同意を確認しました。 |

上記のとおり報告します。

　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名：　　　　　　　　　　　　 | 会　　長または　 代表理事 | 　　　 　　　　　　　 |
|  | 担当者 | 　　　　　　　　　　　  |

公 益 財 団 法 人 愛媛県 ス ポ ー ツ 協 会 　御中国スポ事故報告書（様式）

**【個人情報の取扱いに関する同意】**

貴協会が、本報告に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

* 国民スポーツ大会参加者傷害補償制度の履行のために、関係者（医療機関等）、業務委託先、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

**記入例**

**国 ス ポ 事 故 報 告 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 大会 | 第○回　(国民スポーツ大会・冬季大会) |
| 該当するものに○印 | ブロック大会 | 本大会 |
| 大会期間 | 　2024年５月２０日　　から　　2024年５月２１日まで |
| 自宅住所 | 〒０００－００００東京都新宿区霞ヶ丘町　○－○－○TEL 自 宅 勤務先 携帯 ： ○○○　（××××）　△△△△（※日中ご連絡のつく電話番号をご記入ください。）メールアドレス：　○○○＠△△ |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ | コクスポ　タロウ | 生年月日（西暦） |
| 氏名 | 国スポ　太郎 | 2000年　４月２０日生 |
| 出場競技等の区分 | バスケットボール　　　　　　競技 |
| 事故発生場所 | ○○○県△△△市　×××体育館内 |
| 事故発生日時 | 2024年　5月　20日　　午前・午後　２時　３０分頃 |
| 事故の原因・状況（ｹｶﾞの部位も記入） | 競技中、リバウンドをとるためジャンプし、着地時に相手選手の足が右足首に強くあたり、右足アキレス腱断裂となる。 |
| 負傷後の処置 | 大会本部で応急手当を受け病院へ搬送 |
| 傷病名 | 右足アキレス腱断裂 |
| 全治見込日数 | ○○日（入院　△△日、通院　××日） |
| 下記内容を確認のうえ、□に✔を記入してください  |
|[x]  「国民スポーツ大会参加者傷害補償制度-2024年度版」内の「【9】個人情報の取り扱い」のとおり取り扱われることについて、本人の同意を確認しました。 |

上記のとおり報告します。

　　　2024年　　５月　２５日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 愛媛県○○協会 | 会　　長または　 代表理事 | 　　△△　×× 　　　　 |
|  | 担当者 | 　　国スポ　花子　　　　  |

公 益 財 団 法 人 愛媛県 ス ポ ー ツ 協 会 　御中

**【個人情報の取扱いに関する同意】**

貴協会が、本報告に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

* 国民スポーツ大会参加者傷害補償制度の履行のために、関係者（医療機関等）、業務委託先、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。