

事業所等名称

の該当する箇所にチェックしてください。

協 力 内 容 詳 細

記入例)

重機オペレーター/2名 食料品/おにぎり100食 社有体育館/500㎡ 重機/ショベルカ-2台 等

非
公
開
情
報

公開情報の市ホームページ等での
公表について

公表を希望する。

公表を希望しない。

受付印

登録番号
(この欄は記入しないでください。)

第 号

様式第3号（第3条関係）

宇佐市災害時等協力事業所登録事項変更申出書

年 月 日

宇佐市長 是永 修治 様

登録事業所 所在地 〒

名 称
代表者

印

宇佐市災害時等協力事業所登録制度実施要綱第3条第3項の規定により、登録内容の変更を申し出ます。

事業所等名称	登録番号 第 号	
変更前	変更後	
公開情報の市ホームページ等での公表について	<input type="checkbox"/> 公表を希望する。 <input type="checkbox"/> 公表を希望しない。	受付印

様式第4号（第4条関係）

宇佐市災害時等協力事業所登録抹消申出書

平成 年 月 日

宇佐市長 是永 修治 様

登録事業所 所在地 〒

名 称
代表者

印

宇佐市災害時等協力事業所としての登録の抹消を申し出ます。

事業所等名称	受付印
登録番号 第 号	

※「宇佐市災害時等協力事業所登録証」を本申出書とともに返還してください。

様式第6号（第7条関係）

事故等発生状況報告書

平成 年 月 日

宇佐市長 是永 修治 様

登録事業所 所在地 〒

名 称
代表者

印

宇佐市災害時等協力事業所登録制度実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり事故等の発生状況を報告します。

発生日時	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分		
発生場所			
負傷者名等	フリガナ 氏名	性別	男 ・ 女
	生年月日 年 月 日生 (歳)	電話番号	
	住所 〒		
事故等 発生状況			
受診医療 機関等	医療機関名	治療費	円
	薬局名	薬剤費	円
治療等 の状況			
傷病名			