平成　　　年　　　月　　　日

様式２

介護保険事業者等事故経過（終結）報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 所在地 |  |
| 報告者名 |  | TEL |  |
| 事故後の対応について | 利用者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 第一報報告年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 経過 | 　□　継続　　　□　終結（終結年月日：平成　　年　　月　　日） |
| 利用者の経過及び現況（第一報後に判明した原因） | 　 |
|  |
| 再発防止への対応 | 　 |
|  |
| 損害賠償等の状況 | 　 |
|  |