

# 傷害事故 報告書

令和 年 月 日

栃木県歯科衛生士会会長 様

所属支部

住所

氏名

電話番号

下記のとおり報告します。

発生日時	令和	年	月	日	( )	午前・午後	時	分
発生場所								
当該歯科衛生士会活動								
状況								
対応								

支部長	担当理事	会長