（様式１の１）

平成　　年　　月　　日

都留市長寿介護課長　　殿

法 人 名

事業所名

所在地

管理者名

事　故　報　告　書

 平成　　年　　月　　日に介護保険サービスの提供により事故が発生しましたので、別紙のとおり報告します。