

情報提供報告書

年 月 日

報告者 ()

情報 提供者	職 員	氏名	事業所名
	組合員	氏名	支部名
事例内容	<発生場所及び日時> 倉敷市 (宅) 年 月 日 () 時 頃 <近隣の目印>		
	<電話番号> () -		
	<異常内容>		
対応した こと	◇ 対応内容 ◇ 連絡したところ (✓を記入) <input type="checkbox"/> 倉敷市健康長寿課 (担当者:) <input type="checkbox"/> 倉敷市子ども相談センター (担当者:) <input type="checkbox"/> () 警察署 <input type="checkbox"/> () 消防署		
〒712-8025 倉敷市水島南春日町13番1号 倉敷医療生活協同組合 TEL(086)444-4321 FAX(086)448-4150			