

交 通 事 故 届
NOTIFICATION OF TRAFFIC ACCIDENT

年 月 日
Year Month Day

松本歯科大学長 殿

To the President of Matsumoto Dental University,

大学院歯学独立研究科 Graduate School of Oral Medicine	学籍番号 Student ID No.	ID# G	番
氏名 Name in Full	(印) Signature		
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day

下記のとおりお届けします。

I hereby report a traffic accident.

記

事故の種別 <input checked="" type="checkbox"/> 該当するものに○をする。 Type of traffic accident / Circle the appropriate item	・物損事故(けが人無し) No injury or death	・人身事故(けが人有り) Injury or death				
事故発生日時 Date & time accident occurred	年 Year	月 Month	日() Day	時 Time	分頃 Time	天候: Weather
事故発生場所 Place accident occurred						
取扱警察署 District police station						
相手方 氏名 Other party Name	男 Male	・ ·	女 Female	Age ()才		

〒 —

住所 Address	TEL ()
職業 Occupation	

事故発生状況 Circumstances of accident	事故発生状況図 Diagram of accident location
-------------------------------------	---

研究科長	所属長	受付