

高齢者施設等における事件等発生報告

(警察等外部の関与及び報道機関に情報が伝わる可能性がある、又は既に伝わっている場合)

阿賀町長 様

事業所(施設)名

管理者名

印

報告年月日

年 月 日

1. 事業所の概要									
法人名					代表者名				
事業所番号									
事業所(施設)名					代表者名				
所在地	〒 -					電話番号 FAX番号			
担当者氏名					職名				
サービス種類									
2. 発生時の報告									
事件等が発生した日	年 月 日() 午前・午後 時 分頃								
発生した場所									
施設等で発生した事件の概要									
事件発生時の職員の配置(担当者・他の職員)									
入居者等への対応(発生時・発生後)	※発生時(後)の際、入居者及び利用者、面会者、職員への対応								
関係機関等への連絡									
事件発生についての説明(入居者、利用者、その家族)									
施設内のセキュリティ等体制									
今後の防止対策(セキュリティ等)									

(注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ本報告書に添付してください。