

事 実 確 認 書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長 様

(確認者)

住所

氏名

(当事者(乙)との関係・・・)

当 事 者	甲	住 所	
		氏 名	
	乙	住 所	
		氏 名	
事故発生日時			
事故発生場所			
事故発生の状況			