**現認書**

**（地方公務員災害補償）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  地方公務員災害補償基金青森県支部長　殿 | | | | | |
| 現認者 | | 所属  （住所） |  | |  |
|  | | 職・氏名 |  |  |  |
| 下記被災職員に関する災害発生を下記のとおり現認したので報告します。  記 | | | | | |
| 1. 被災職員氏名 |  | | | |  |
| 1. 災害発生日時 | 年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分ごろ | | | | |
| 1. 災害発生場所 |  | | | |  |
| 1. 災害発生状況（具体的に） | | | | | |
| 1. その他 | | | | | |
| 1. 現認者のそのときの業務（状況） | | | | | |