

(事故調査室使用欄)

第 28 条第 3 項該当 (有・無)

・受付日時

・受付番号

・受付者

重・非

年 月 日 午前・午後 時 分

年 月 日

消費者安全調査委員会 殿

## 申 出 書

消費者の生命身体被害の発生又は拡大の防止を図るために事故等原因調査等が必要であると考えるので、消費者安全法第 28 条第 1 項の規定に基づき、申し出ます。

### 記

#### 1. 生命身体事故等の内容

##### (1) 発生日時

年	月	日	午前・午後	時	分
---	---	---	-------	---	---

##### (2) 発生場所

場所の名称	
当該場所の所在地	〒

##### (3) 原因となった商品又は役務（サービス）等

--

##### (4) 人的被害の状況 ◎申出の時点でわかっている状況をお書きください。

人的被害 <small>※該当するものに「レ」印をつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> あり	◎人的被害が「あり」の場合は、 以下にも回答してください。	被害者の総数	人
	<input type="checkbox"/> なし			
被害の状況 <small>※該当するものに「レ」印をつけ、該当する者の人数を記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 死亡			人
	<input type="checkbox"/> 負傷又は疾病（治療に要する期間 30 日以上）			人
	<input type="checkbox"/> 負傷又は疾病（治療に要する期間 30 日未満）			人
	<input type="checkbox"/> 身体の障害（後遺症等）			人
	<input type="checkbox"/> 一酸化炭素中毒			人

◎前項で記入していただいた被害を受けた方の氏名、性別、年齢、具体的な傷病の内容等、医師の診断書の有無及び連絡の可否（可能な場合は連絡方法も）について、以下にそれぞれ記入してください（法定代理人がいる場合はその旨を記入）。

(ふりがな) 氏名	性別	年齢	傷病の内容、治療状況 入院・通院の状況	医師の診断書の有無	連絡の可否	連絡方法

◎重い負傷若しくは疾病又は身体の障害の場合、医師の診断書（写し可）等のご提供をお願いする場合があります。

※申出書の事項については、把握している範囲で可能な限り詳細に記入してください。書ききれない場合は別紙に記入し、添付してください。なお、記載以外の事項についても、必要に応じて問い合わせる場合があります。

※本申出書の作成・提出にあたっては、末尾の留意事項をご確認ください。

(5) その他の事故の関係者 ◎事故時に商品を使用していた、操作をしていた等、被害者以外で事故時関係のあった方がいる場合はご記入ください（法定代理人がいる場合はその旨を記入）。

事故との関係	(ふりがな) 氏名	性別	年齢	被害者との関係	連絡の可否	連絡方法

(6) 物的被害の状況

物的被害 ※該当するものに「レ」印をつけてください。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	◎物的被害が「あり」の場合は、以下にも回答してください。
被害の状況 ※該当するものに「レ」印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
被害を受けた商品等		
被害の程度		

(7) 事故等の状況 ◎できるだけ詳しくお書きください。

## 2. 生命身体事故等の原因となった商品等又は役務（サービス）の詳細

### (1) 商品等又は役務（サービス）の詳細情報

名称等	
詳細情報 (タイプ・型式等)	

### (2) 商品等又は役務（サービス）の製造、販売又は提供に関わる事業者

事業者の属性 ※該当するものに「レ」印をつけ、当該事業者の名称（所在地、電話番号は分かる範囲で）を記入してください。	事業者の名称	所在地、電話番号
<input type="checkbox"/> 製造事業者		
<input type="checkbox"/> 輸入事業者		
<input type="checkbox"/> 販売事業者(購入先・契約先)		
<input type="checkbox"/> 施設管理事業者		
<input type="checkbox"/> 役務提供事業者		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

### (3) 商品等又は役務（サービス）の使用等の状況

商品等の購入時期又は役務の提供を受け始めた時期 (施設や設備の場合は設置された時期)	年 月 日
商品等の使用期間又は役務の提供を受けた期間 (施設や設備の場合は被害者が利用していた期間)	年 か月

### (4) 商品等の現状

商品等の現状 ※該当するものに「レ」印をつけてください。「手元になし」の場合は、カッコ内で該当するものに「レ」印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 手元にある <input type="checkbox"/> 手元になし → <input type="checkbox"/> 廃棄済 <input type="checkbox"/> その他 ( )
商品等の破損 ※該当するものに「レ」印をつけてください。	<input type="checkbox"/> あり→破損の程度 ( ) <input type="checkbox"/> なし

### (5) 商品等の所有者等

商品等の所有者、所持者、保管者等 ※該当するものに「レ」印をつけ、「その他」の場合はカッコ内にも記入してください。	<input type="checkbox"/> 被害者本人 <input type="checkbox"/> その他(被害者との関係： ) (氏名又は名称： ) 連絡先： 商品等の提供： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明
--	---

## 3. 他機関等での原因調査等の状況

### (1) 当該事故についての他機関等への相談や情報の申出

相談や情報の申出 ※該当するものに「レ」印をつけてください。	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明	◎「している」の場合は、以下にも回答してください。
相談先・申出先		

(2) 他機関等での調査等の状況

他の機関等での調査等 ※該当するものに「レ印」をつけてください。	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
-------------------------------------	--

◎「あり」の場合は、以下にも回答してください。

調査等実施機関の 名称等	
調査等の内容 又は結果の概要	

◎上記調査の調査報告書等をお持ちの場合は、ご提供をお願いする場合があります。

(3) その他 ◎追加すべき事項があれば、記入してください。

--

4. 被害の拡大又は当該事故と同種若しくは類似の事故等の発生防止のためにとられた対策の有無

被害拡大又は同種・類似事故等の発生防止のためにとられた対策 (商品の回収や販売禁止、営業停止、安全基準の策定等の対応等) ※該当するものに「レ印」をつけてください。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
--	---

◎対策が「あり」の場合は、以下にも回答してください。

対策をとった機関の名称等	
とられた対策の概要	

5. 事故等原因調査等の必要性に関する申出者の意見等

--

