

雇用慣行賠償事故報告書

パワハラ・セクハラ・雇用上の差別賠償対応

分かる範囲で記入後059-350-2157にFAXしてください

事故発生日時	年 月 日	AM・PM	:
事故発生場所	市・郡	町	
訴えられた方	住所(〒) 氏名		
事故発生の原因・状況?	<input type="checkbox"/> パワーハラスメント <input type="checkbox"/> セクシャルハラスメント <input type="checkbox"/> 雇用上の差別 <input type="checkbox"/> 不当解雇 <input type="checkbox"/> その他		
訴えた方	氏名 _____ (大・昭・平) ____年__月__日生 (____)歳 住所 (_____) 電話 (_____) 属性 (従業員 ・ 就業希望者)		
損害賠償に至った経緯			
訴えた方の要望			
訴えられた方の反論			
事故報告者	会社名		
	担当者		連絡先
当社使用欄	受付者		受付日時
<input type="checkbox"/> 事故受付時に受付者が分かる範囲で記入			
<input type="checkbox"/> 契約者にFAX			
<input type="checkbox"/> 契約者から記入完了後のFAXを受け付ける			
<input type="checkbox"/> SCIにFAX SCへのお願い保険金請求書類はフィット総合保険に送ってください			

フィット総合保険 FAX 059-350-2157
info@fitsogo.net