결재	계	팀장

사 고 확 인 서

부 상 자 인적사항	소 속		학 번	
	성 명		생년월일	
	주 소		연락처	
사고일시	년 월 일 시			
사고장소				
수업·행사명 (지도교수명)				
사고경위	*(6하 원칙에 따라 서술적으로 상세히 기재)*			
목 격 자	성 명		관 계	
	학 과		연락처	
	본인은 위 사고를 목격하였으며 개인정보 사용에 동의합니다. *(인)*			

20 년 월 일

신 청 자 : *(인)*

확 인 자 : *(인)*

(소 속 :)

※ 확인자는 수업과 학과 행사관련은 학과장으로 하고,
학교시설물 관련 사고는 소속단과대학 행정팀장으로 한다.

보건진료센터장 귀하