**被害状況報告書**

＜発生年月日＞　西暦　　　年　　　月　　　日

＜対象物件＞

＜被害状況＞

＜現在の状況＞

現住所：〒

勤務先住所：〒

歯学科・口腔生命福祉学科　　　期生　氏名：

メールアドレス：

自宅Tel：　　　　　　　　 勤務先Tel：