令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　検診実施機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名

偶発症発生報告書

偶発症発生の状況について、次のとおり報告します。

１　偶発症発生日

令和　　　年　　　月　　　日（　　　時　　　分）

２　偶発症発生場所

３　偶発症の概要及び対応