

賠償事故受付シート

FAX番号：03-6800-2509

貴社名
ご担当者
ご連絡先



ライフコンシェルジュ 株式会社
〒160-0022
東京都新宿区新宿 6-7-1 エルプリメント新宿 302
TEL:03-5361-7655 FAX:03-5361-7656
Mail:info@lifecc.co.jp

ライフコンシェルジュ

いつもお世話になっております。

さっそくですが、 / 報告頂きました 賠償事故 の件につきまして、
以下の項目をご記入のうえ F A Xにてご返送下されますようお願い申し上げます。
お手数をおかけ致しますが、宜しくお願い申し上げます。

事故の原因となった作業日	年 月 日
損害発見日 時間	年 月 日 時間 午前・午後 時 分頃
事故発生場所（住所）	
事故内容 * どういう作業をしていて、どのような損害が生じたのかの詳細を記入願います	
損害の出た物 （品名、修理金額等）	品名： 購入金額： 所有者： 修理金額： 購入時期： 製品型番：
被害者の要望	
補修業者 （○をつけて下さい） ※車の損害の場合は併せて 入庫日もご確認願います	他業者にて手配 業者名 連絡先 担当者名
相手連絡先	住所 氏名 電話番号 携帯番号
御社事故担当者	支店名 氏名 連絡先 TEL FAX

※当報告書のご提出を頂かない場合、事故処理が遅れることがございますので早急に手配いただきますよう、お願いいたします。

<取り急ぎご手配頂くもの> ご不明点はお問い合わせください

- 必ず損害状況の確認できる写真を撮っていただきますようお願い申し上げます（なるべく多めに）
①損害箇所のアップ ②損害物全体 ③事故現場全体の写真が必要となります
- この用紙とともに、工事受注注文書(請書)コピーを F A X 頂きますようお願い申し上げます