

宛先：国際協力機構 国際協力人材部
健康管理課 (FAX 03-5226-6314)
ボランティア訓練入所前傷病対応担当

二次選考後 新規傷病発生報告書

報告日 年 月 日

派遣隊次：

派遣予定国：

受験番号：

職種（番号）：()

ふりがな
氏名：

生年月日：

性別：

連絡先住所：〒

電話番号（平日の日中でも確実に連絡が取れる番号）：

★二次選考後、新しい健康上の問題が発生しましたので、下記のとおり報告いたします。

1. けがや病気など、気になる症状の発生状況

いつ（頃から）： 年 月 日

どんな事故または症状で発症しましたか？

2. 医療機関の受診有無： 有 無

有の場合

病院名：

診断名：

無の場合

病状：

市販薬の使用有無など：

3. 治療/療養状況

（記入欄）

★その他質問や心配なことがありましたらご記入ください。

（記入欄）