

公益社団法人民間総合調停センター 御中

**和解あつせん・仲裁申立書(介護事故)**

申立年月日：令和 年 月 日

申立人	住所 〒  (会社名・代表者名) (電話 )  印  (生年月日) 年 月 日 ( 歳)
申立人	住所 〒  (会社名・代表者名) (電話 )  印  (生年月日) 年 月 日 ( 歳)
代理人	住所 〒  (電話 )  代理人 印
相手方	住所 〒  (会社名・代表者名) (電話 )  (生年月日) 年 月 日 ( 歳)
相手方	住所 〒  (会社名・代表者名) (電話 )  (生年月日) 年 月 日 ( 歳)

※ボールペンまたは万年筆で記入して下さい。

※本申立書は相手方に送付します。

【介護事故】

<b>第1. 申立の趣旨（相手方に求める結論を記載して下さい。）</b>			
との 和解あつせん・仲裁判断 （どちらかを○で囲んでください） を貴センター規則に基づいて求める。			
<b>第2. 申立の理由</b>			
1	発生日時	年	月 日
2	発生場所		
3	サービス内容		
4	事故の態様  <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
5	過失  <input type="checkbox"/> 予見可能義務（ ） <input type="checkbox"/> 結果回避義務（ ）		
6	結果  <input type="checkbox"/> 死亡（死 因： ） <input type="checkbox"/> 受傷（診断名： ） （入院 年 月 日から 年 月 日 間） （通院 年 月 日から 年 月 日 間）		
7	損害  <input type="checkbox"/> 治療費                                  円 <input type="checkbox"/> 慰謝料    円 <input type="checkbox"/> 逸失利益                                      円 （計算 ）  <input type="checkbox"/> その他（計 ）                                  円 <input type="checkbox"/> その他（計 ）                                  円		
8	考慮すべき事情		

※ボールペンまたは万年筆で記入して下さい。  
 ※本申立書は相手方に送付します。

**第3 和解あっせんとして選任を希望する者の氏名等**

・氏名（ ）	資格・所属団体等（弁護士・大阪弁護士会）
・氏名（ ）	資格・所属団体等（ ）
・氏名（ ）	資格・所属団体等（ ）

※ボールペンまたは万年筆で記入して下さい。  
※本申立書は相手方に送付します。