

「重大製品事故」についての企業の報告義務

1. 「重大製品事故」の要件（消費生活用製品安全法第2条第5項、政令第4条、省令第2条）

- (1) 一般消費者の死亡事故
- (2) 一般消費者の負傷・疾病であって、治療に要する期間が30日以上のもの
- (3) 一般消費者の負傷・疾病であって、治ったとき（又は症状が固定したとき）に、次の身体の障害が残るもの。

① 永続的な「視覚障害」で、次のもの

両眼の視力（万国式試視力表による。屈折異常の場合は矯正視力。以下同じ。）が、それぞれ0.1以下
一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下
両眼の視野が、それぞれ10度以内
両眼による視野の2分の1以上が欠けている

② 永続的な「聴覚」又は「平衡機能」の障害で、次のもの

両耳の聴覚レベルが、それぞれ70デシベル以上
一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上
両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下
平衡機能の著しい障害

③ 「嗅覚の障害」で、次のもの

嗅覚の喪失
永続する嗅覚の著しい障害

④ 「音声機能」、「言語機能」又は「そしゃく機能」の喪失で、次のもの

「音声機能」、「言語機能」又は「そしゃく機能」の喪失
永続する、「音声機能」、「言語機能」又は「そしゃく機能」の著しい障害

⑤ 「肢体不自由」で、次のもの

一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
一上肢又は一下肢の親指を指骨間関節以上で欠くもの
一上肢又は一下肢の親指以外のいずれかの指を第一指骨間関節以上で欠くもの
一上肢又は一下肢の親指の機能の著しい障害で永続するもの
人差し指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で永続するもの
その程度が上記以上であると認められる障害

⑥ 循環器、呼吸器、消化器、泌尿器の機能の著しい障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

- (4) 一般消費者の一酸化炭素による中毒
- (5) 火災の発生

2. 報告期限：重大製品事故が生じたことを知った日から起算して10日以内。所定の様式にて報告。

(注) ※印の欄には記入しないこと。

報告書

※ 管理番号	
※ 受付年月日	年 月 日

製 品 名	品名 (ブランド名)			
	機種・型式等		(生産国名:)	
事故発生年月日	年 月 日	午前・午後	時 頃	
火災の有無	1.有 2.無	一酸化炭素中毒の有無	1.有 2.無	製品被害の有無 1.有 2.無
人 的 被 害 区 分	①死亡 () 名			
	②負傷又は疾病 (治療に要する期間が30日以上のもの) () 名 (以下の後遺障害が発生した場合は、該当する障害の延べ人数を記入すること。) 1.視覚障害 () 名 2.聴覚又は平衡機能の障害 () 名 3.嗅覚の障害 () 名 4.音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 () 名 5.肢体不自由 () 名 6.循環器機能の障害 () 名 7.呼吸器機能の障害 () 名 8.消化器機能の障害 () 名 9.泌尿器機能の障害 () 名			
	③負傷又は疾病 (治療に要する期間が30日未満のもの) () 名 (以下の後遺障害が発生した場合は、該当する障害の延べ人数を記入すること。) 1.視覚障害 () 名 2.聴覚又は平衡機能の障害 () 名 3.嗅覚の障害 () 名 4.音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 () 名 5.肢体不自由 () 名 6.循環器機能の障害 () 名 7.呼吸器機能の障害 () 名 8.消化器機能の障害 () 名 9.泌尿器機能の障害 () 名			
	④人的被害なし			
事 故 内 容	①事実関係			
	同一機種による類似事故の発生件数: 件 (本件を除く。)			
	②事故発生の原因 1.設計不良 2.製造不良 3.使用部品又は材料の不良 4.経年劣化 5.表示の不備 6.取扱説明書の不備 7.据付・工事の不良 8.その他 () (以下、詳細を記述すること。)			
	③事故に係る再発防止の措置 1.製造の中止 2.輸入の中止 3.販売の中止 4.製品の改良 5.製造工程の改善 6.品質管理の強化 7.製品の回収 8.製品の点検・修理 9.消費者に注意喚起 10.表示の改善 11.取扱説明書の改善 12.特に措置しない 13.その他 () (以下、今後販売する製品及び既販品に係る再発防止措置について、詳細を記述すること。)			
	④当該事故原因を調査した機関等の名称及び連絡先 (名称): (連絡先):			
⑤事故品を保管している機関等の名称及び連絡先 (名称): (連絡先):				

事故を認識した契機と日	(認識した契機) :
	(認識した年月日) 年 月 日 午前・午後 時頃
事故発生場所	● (住所) :
	(具体的場所) :

☆当該機種・型式等の製品に関する製造時期及び数量	(時期) : 年 月 日 から 年 月 日まで
	(数量) :
☆当該機種・型式等の製品に関する輸入時期及び数量	(時期) : 年 月 日 から 年 月 日まで
	(数量) :
☆当該機種・型式等の製品に関する販売時期及び数量	(時期) : 年 月 日 から 年 月 日まで
	(数量) :

行政機関の保有する情報の公開に関する法律（平成11年法律第42号）に基づく本報告書の開示請求があった際、☆印の項目に係る記載内容を開示することについて特段の支障がある場合は、以下の□を黒く塗りつぶすこと。

行政機関の保有する情報の公開に関する法律に基づく開示請求があった際、☆印の項目に係る記載内容を開示することについて特段の支障がある。

製造・輸入事業者の名称及び所在地	(名称) :
	(報告者の業種) 1.製造事業者 2.輸入事業者
	(届出の有無) 1.有(根拠となる法律名:) 2.無
	(所在地) :
	(電話番号) :
所属の業界団体名及び同所在地	(名称) :
	(所在地) :
	(電話番号) :
	(担当部署) :
	(担当部署電話番号) :
	● (担当者役職) :
	● (担当者氏名) :

(備考) 1 この用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。

2 ●印の項目に係る記載内容（事故発生場所（住所）については、町村以下の部分に限る。）については、行政機関の保有する情報の公開に関する法律に基づく開示請求があった場合においても原則不開示とするが、法人役員の役職及び氏名その他既に公表されているものについては開示される。

平成19年5月14日（法施行日）より

http://www.meti.go.jp/product_safety/form/index.html#top（経済産業省の製品安全ガイド）から、この「事故情報報告様式」をダウンロードできます。また、事故報告時には、直接入力してダウンロードすることも可能です。

(注) ※印の欄には記入しないこと。

参 考 資 料

※ 管 理 番 号	
※ 受 付 年 月 日	年 月 日

① 被 害 者	フリガナ	性別	1.男	2.女
	(姓)	(名)	● (年齢) 歳	
	(住所)	(電話番号)		
	購入先企業名 ()			
② 人 的 被 害 内 容	1.死亡 2.負傷又は疾病 (治療に要する期間が30日以上のもの) 3.負傷又は疾病 (治療に要する期間が30日未満のもの)			
③ 人 的 被 害 区 分	1.骨折 2.打撲 3.裂傷 4.擦過傷 5.火傷 6.皮膚障害 7.視覚障害 8.聴覚又は平衡機能障害 9.嗅覚機能の障害 10.音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 11.肢体不自由 12.循環器機能の障害 13.呼吸器機能の障害 14.消化器機能の障害 15.泌尿器の機能の障害 16.一酸化炭素による中毒 17.一酸化炭素以外の中毒 () 18.窒息 19.感電 20.その他 ()			
④ 治 癒 状 況	1.完治 2.治療中 3.不明 全治 (日間・内入院 日間・通院 日間)			
●⑤ 被 害 者 の 要 望	1.被害金額の弁償 2.製品の交換 3.修理・点検 4.引取り (代金返済) 5.慰謝料 6.調査・原因究明 7.謝罪 (他の要望なし) 8.その他 () 9.要望なし			
	(内容)			
●⑥ 被 害 者 へ の 措 置	1.被害金額の支払 2.製品交換 3.部品交換 4.修理・点検 5.部品提供 6.引取り (代金返済) 7.慰謝料の支払 8.事故原因等の説明 9.見舞金の支払 10.特に措置しない 11.被害者と交渉中 12.係争中 (裁判等) 13.謝罪 14.その他 ()			
	前項 2.~5.において	1.有償	2.無償	被害者の反応
	(内容)			1.納得 2.納得しない
	(提示金額: 円)	(支払金額: 円)		

(注) 被害者が複数存在する場合には、被害者ごとに記入すること。

⑦ 事故製品の所有者	フリガナ					
	(姓)：		(名)：			
	(住所)		(電話番号)			
⑧ 製品の購入等年月日及び入手先	年	月	日購入	製品の使用期間	年	ヶ月使用
	1.デパート 2.スーパーマーケット 3.一般商店 4.専門店 5.量販店 6.ホームセンター 7.通信販売 8.中古品販売店 9.共済組織等 10.製造事業者 11.輸入事業者 12.その他() 13.不明					
⑨ 貼付されているマーク等の名称	取扱説明書の有無		1.有	2.無	3.不明	
	保証書添付の有無		1.有	2.無	3.不明	
	保証書の有効期限		購入日・製造日より		年	月

- (備考)
- この用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
 - 本資料は、報告書（施行規則第 3 条様式第一）の情報を補完するためのものであり、報告は任意である。
 - 報告の際は、適宜、製品事故に関する写真、図等を添付すること。
 - 上記①の太線で囲まれた欄に情報を記載する場合は、当該情報を上記②～⑥の欄の情報と併せて国に提供することを、被害者本人に同意を得る必要がある（ただし、上記①の太線で囲まれた欄に情報を記載しない場合は、同意は不要。）。
 - 上記⑦の太線で囲まれた欄に情報を記載する場合は、当該情報を上記⑧の欄の情報と併せて国に提供することを、事故製品の所有者本人に同意を得る必要がある（ただし、上記⑦の太線で囲まれた欄に情報を記載しない場合は、同意は不要。）。
 - 上記①及び⑦の太線で囲まれた欄（住所については町村以下の部分に限る。）及び●印の項目に係る記載内容は、行政機関の保有する情報の公開に関する法律（平成 11 年法律第 42 号）に基づく開示請求があった場合においても原則不開示とするが、既に公表されているものについては開示される。

(nite 様式-1)

(注) ※印の欄には記入しないでください。

取扱注意

報告書
(製造事業者、輸入事業者用)

※管理番号	
※受付年月日	年 月 日

製 品 名	品名 (ブランド名)			
	機種・型式等		(生産国名:)	
事故発生年月日	年 月 日		午前・午後 時 分	
火災の有無	1.有 2.無	一酸化炭素中毒の有無	1.有 2.無	製品被害の有無 1.有 2.無 (全損・一部破損・不明)
人的被害区分	①死亡 () 名			
	②負傷又は疾病 (治療に要する期間が30日以上のもの) () 名 (以下の後遺障害が発生した場合は、該当する障害の延べ人数を記入すること。) 1.視覚障害 () 名 2.聴覚又は平衡機能の障害 () 名 3.嗅覚の障害 () 名 4.音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 () 名 5.肢体不自由 () 名 6.循環器機能の障害 () 名 7.呼吸器機能の障害 () 名 8.消化器機能の障害 () 名 9.泌尿器機能の障害 () 名			
	③負傷又は疾病 (治療に要する期間が30日未満のもの) () 名 (以下の後遺障害が発生した場合は、該当する障害の延べ人数を記入すること。) 1.視覚障害 () 名 2.聴覚又は平衡機能の障害 () 名 3.嗅覚の障害 () 名 4.音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 () 名 5.肢体不自由 () 名 6.循環器機能の障害 () 名 7.呼吸器機能の障害 () 名 8.消化器機能の障害 () 名 9.泌尿器機能の障害 () 名			
	④人的被害なし			
事 故 内 容	①事実関係 (詳細を記述してください。)			
	<ul style="list-style-type: none"> ・同一機種による類似事故の発生件数: 件 (本件を除く) ・当該製品の周辺への被害拡大の有無: 1.あり (その概要) 2.なし ・リコール実績の有無: 1.あり (年 月) 2.なし 			
	②事故発生の原因 1.設計不良 2.製造不良 3.使用部品又は材料の不良 4.経年劣化 5.表示の不備 6.取扱説明書の不備 7.据付・工事の不良 8.その他 () (以下、詳細を記述してください。)			
③事故に係る再発防止の措置 1.製造の中止 2.輸入の中止 3.販売の中止 4.製品の改良 5.製造工程の改善 6.品質管理の強化 7.製品の回収 8.製品の点検・修理 9.消費者に注意喚起 10.表示の改善 11.取扱説明書の改善 12.特に措置しない 13.その他 () (以下、今後販売する製品及び既販品に係る再発防止措置について、詳細を記述してください。)				

	④当該事故原因を調査した機関等の名称及び連絡先 (名称) (連絡先)
	⑤事故品を保管している機関等の名称及び連絡先 (名称) (連絡先)
事故を認識した 契機と日	(認識した契機)
	(認識した年月日) 年 月 日 午前・午後 時頃
事故発生場所	● (住所)
	(具体的場所)
当該型式品の 製造時期及び数量	(時期): 年 月 日 から 年 月 日まで
	(数量):
当該型式品の 輸入時期及び数量	(時期): 年 月 日 から 年 月 日まで
	(数量):
当該型式品の 販売時期及び数量	(時期): 年 月 日 から 年 月 日まで
	(数量):
製造・輸入事業者の 名称及び所在地	(名称): (報告者の業種) 1.製造事業者 2.輸入事業者 (届出の有無) 1.あり(根拠となる法律名:) 2.なし
	(所在地): (電話番号): (担当部署): (担当部署電話番号): ● (担当者役職): ● (担当者氏名):
所属の業界団体名 及び同所在地	(名称)
	(住所): (電話番号):

(備考) この用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。

(注) ●印の項目に係る記載は、独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律(平成13年法律第140号)に基づく開示請求があった場合においても原則不開示としますが、既に公表されているものについては開示されます。

(nite 様式-1) 補足資料

① 被害者	フリガナ	性別	1.男	2.女
	(姓)	(名)	● (年齢: 歳)	
(住所)		(電話番号)		
購入先企業名 ()				
② 人的被害区分	1.骨折 2.打撲 3.裂傷 4.擦過傷 5.火傷 6.皮膚障害 7.視覚障害 8.聴覚又は平衡機能障害 9.嗅覚機能の障害 10.音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 11.肢体不自由 12.循環器機能の障害 13.呼吸器機能の障害 14.消化器機能の障害 15.泌尿器の機能の障害 16.一酸化炭素中毒 17.一酸化炭素以外の中毒 () 18.窒息 19.感電 20.その他 ()			
③ 治癒状況	1.完治 2.治療中 3.不明 全治 (日間・内入院 日間・通院 日間)			
●④ 被害者の要望	1.被害金額の弁償 2.製品の交換 3.修理・点検 4.引取り(代金返済) 5.慰謝料 6.調査・原因究明 7.謝罪(他の要望なし) 8.その他() 9.要望なし			
	(内容)			
●⑤ 被害者への措置	1.被害金額の支払 2.製品交換 3.部品交換 4.修理・点検 5.部品提供 6.引取り(代金返済) 7.慰謝料の支払 8.事故原因等の説明 9.見舞金の支払 10.特に措置しない 11.被害者と交渉中 12.係争中(裁判等) 13.謝罪 14.その他 ()			
	前項 2.~5.において	1.有償	2.無償	被害者の反応
	(内容)		1.納得	2.納得しない
(提示金額: 円)		(支払金額: 円)		

(注) ①~⑤については、被害者が複数存在する場合には、被害者ごとに記入してください。

⑥ 事故製品の所有者	フリガナ	(姓):	(名):	
	(住所)	(電話番号)		
⑦ 製品の購入等年月日及び入手先	年 月 日購入	製品の使用期間	年 ヶ月使用	
	1.デパート 2.スーパーマーケット 3.一般商店 4.専門店 5.量販店 6.ホームセンター 7.通信販売 8.中古品販売店 9.共済組織等 10.製造事業者 11.輸入事業者 12.その他 () 13.不明			
⑧ 貼付されているマーク等の名称	取扱説明書の有無	1.有	2.無	3.不明
	保証書添付の有無	1.有	2.無	3.不明
		保証書の有効期限	購入日・製造日より	年 月

(備考) この用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。

(注) ・報告の際は、適宜、製品事故に関する写真、図等を添付してください。

- ・上記①の太線で囲まれた欄に情報を記載する場合は、当該情報を②~⑤の欄の情報と併せて nite に提供することを、被害者本人に同意を得る必要があります(ただし、太線で囲まれた欄に情報を記載しない場合は、同意は不要です。)
- ・上記⑥の太線で囲まれた欄に情報を記載する場合は、当該情報を⑦の欄の情報と併せて nite に提供することを、事故製品の所有者本人に同意を得る必要があります(ただし、太線で囲まれた欄に情報を記載しない場合は、同意は不要です。)
- ・上記①、⑥の太線で囲まれた欄(住所については町村以下の部分に限る。)及び●印の項目に係る記載は、独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律(平成13年法律第140号)に基づく開示請求があった場合においても原則不開示としますが、既に公表されているものについては開示されます。

(nite 様式-2)

通知書

(注) ※印の欄には記入しないでください。

(販売事業者、リース事業者、設置工事事業者、修理事業者、関係団体、地方公共団体(消費生活センター等を含む。)用)

取扱注意

※ 管理番号	
※ 受付年月日	年 月 日

製品名 品名(ブランド名)			
機種・型式等			生産国名:
製品に付されている表示又はマーク			取扱説明書の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
事故発生日	年 月 日	午前・午後	時頃
事故発生場所	● (住所) (具体的場所)		
被害者	● 氏名:	性別: <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	● 年齢: 才
火災の有無	1.有 2.無	一酸化炭素中毒の有無	1.有 2.無
人的被害の概要	1.死亡()名 2.負傷又は疾病(全治30日以上のもの)()名 3.その他軽傷又は疾患(病院治療()名・家庭内治療()名)		
	1.骨折 2.打撲 3.裂傷 4.擦過傷 5.火傷 6.皮膚障害 7.視覚障害 8.聴覚又は平衡機能障害 9.嗅覚機能の障害 10.音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 11.肢体不自由 12.循環器機能の障害 13.呼吸器機能の障害 14.消化器機能の障害 15.泌尿器の機能の障害 16.一酸化炭素以外の中毒() 17.窒息 18.感電 19.その他() <input type="checkbox"/> 人的被害なし		
人的被害以外の被害状況	1.製品破損の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2.当該製品の周辺への被害拡大の有無 <input type="checkbox"/> 有 (その内容) <input type="checkbox"/> 無		
製品の購入及び使用状況	購入年月日: 年 月 日 使用期間: 年 ヶ月 (日) 購入先:		
事故内容	(詳細を記述してください。別紙に記載していただいても結構です。)		
事故原因 (貴所における所見)			
●被害者の要望	1.被害金額の弁償 2.製品交換 3.修理・点検 4.引き取り(代金返済) 5.慰謝料 6.調査・原因究明 7.謝罪(他になし) 8.その他()		
製造事業者等の名称及び所在地	(名称): (業種) 1.製造事業者 2.輸入事業者 3.発売元 4.その他		
	(所在地): (電話番号): ● (担当者氏名):		
通知書作成者	(名称・機関名) (氏名)		
	e-mail:		
	(住所) (電話番号):		(FAX):

事故品の提供及び 事故品の解体 についての確認	事故品提供について（事故品をn i t eに提供していただけますか。）→ 可 ・ 否 事故品返却について（提供いただける場合は、返却する必要がありますか。）→ 要 ・ 否 事故品解体について（試験によって解体してもよろしいですか。）→ 可 ・ 否
-------------------------------	---

（備考）この用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。

（注）・通知に当たっては、原則として本様式によりますが、他の様式でも上記項目が網羅されていれば、本通知書に替えることができます。また、●印の項目の記載（住所については町村以下の部分に限る。）は、独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律（平成13年法律第140号）に基づく開示請求があった場合においても原則不開示としますが、既に公表されているものについては開示されます。

n i t e 報告書様式

(nite 様式-3)

nite への製品事故連絡票

(消費者用)

取扱注意

製品名			メーカー名	
品名 (ブランド名)			機種・型式等	(生産国名)
事故発生年月日	年	月	日	午前・午後 時頃
事故発生場所	● (住所) (具体的場所)			
● 事故通報者	氏名: 電話番号: 被害者との関係:		被害者の性別: 男 女	e-mail: 被害者の年齢: 才
火災の有無	1.有 2.無	一酸化炭素中毒の有無		1.有 2.無
人的被害の概要	1.死亡()名 2.負傷又は疾病(全治30日以上のもの)()名 3.その他軽傷又は疾患(病院治療()名・家庭内治療()名)			
	1.骨折 2.打撲 3.裂傷 4.擦過傷 5.火傷 6.皮膚障害 7.視覚障害 8.聴覚又は平衡機能障害 9.嗅覚機能の障害 10.音覚機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 11.肢体不自由 12.循環器機能の障害 13.呼吸器機能の障害 14.消化器機能の障害 15.泌尿器の機能の障害 16.一酸化炭素以外の中毒() 17.窒息 18.感電 19.その他()			
	□人的被害なし			
人的被害以外の被害状況	1.製品破損の有無 有 無 2.当該製品の周辺への被害拡大の有無 有(その内容) 無			
製品の購入時期及び使用状況	購入年月日: 年 月 日 使用期間: 年 ヶ月(日) 購入先:			
事故内容	(詳細を記述してください。書ききれない場合は別紙に記載いただいても結構です。)			

(備考) この用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。

(注) ・提供いただいた個人情報は、事故調査以外の目的に使用しません。なお、●印の項目の記載(住所については町村以下の部分に限る。)は、独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律(平成13年法律第140号)に基づく開示請求があった場合においても原則不開示としますが、既に公表されているものについては開示されます。

・当連絡は、事故の再発・未然防止に役立てるため調査結果をホームページで公表しております。調査結果はホームページを御覧ください。

・本事故情報収集制度は、事故に遭われた方々の個別救済制度ではありません。

★御連絡は、次のフリーダイヤルファクシミリを御利用ください。: 0120-23-2529

経済産業省製品安全課製品事故対策室

郵便番号	住 所	電話	F A X
100-8912	東京都千代田区霞が関 1-3-1	03-3501-1707	03-3501-6201
E-mail による通知先		seihin-anzen@meti.go.jp	

独立行政法人製品評価技術基盤機構本部及び支所一覧

所名	郵便番号	住 所	電話	F A X
事故情報専用フリーダイヤルファックス (大阪本部に設置)				0120-23-2529
E-mail による通知先			jiko@nite.go.jp	
本 部	大 阪	540-0008 大阪府大阪市中央区大手前 4-1-67 大阪合同庁舎第 2 号館別館	06-6942-1114	06-6946-7280
	東 京	151-0066 東京都渋谷区西原 2-49-10	03-3481-1820	03-3481-1934
北 海 道 支 所	060-0808	北海道札幌市北区北八条西 2-1-1 札幌第一合同庁舎	011-709-2324	011-709-2326
東 北 支 所	983-0833	宮城県仙台市宮城野区東仙台 4-5-18	022-256-6423	022-256-6434
北 関 東 支 所	376-0042	群馬県桐生市堤町 3-7-4	0277-22-5471	0277-43-5063
中 部 支 所	460-0001	愛知県名古屋市中区三の丸 2-5-1 名古屋合同庁舎第 2 号館	052-951-1931	052-951-3902
北 陸 支 所	920-0024	石川県金沢市西念 3-4-1 金沢駅西合同庁舎	076-231-0435	076-231-0449
中 国 支 所	730-0012	広島県広島市中区上八丁堀 6-30 広島合同庁舎第 3 号館	082-211-0411	082-221-5223
四 国 支 所	760-0023	香川県高松市町寿町 1-3-2 高松第一生命ビルディング 5 F	087-851-3961	087-851-3963
九 州 支 所	815-0032	福岡県福岡市南区塩原 2-1-28	092-551-1315	092-551-1329