

心理的な負担の程度を把握するための検査結果等報告書

80501

労働
保険
番号

□□□□□□□□□□□□□□□□□□
| 都道府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 | 被一括事業場番号

対象年	7:平成 9:令和 → 元号 年分 □□□ 1~9年は右↑	検査実施年月	7:平成 9:令和 → 元号 年 月 □□□□□ 1~9年は右↑1~9月は右↑
事業の 種類		事業場の名称	
事業場の 所在地	郵便番号() 電話 ()		

		在籍労働者数	□□□□□人 右に詰めて記入する↑
検査を実施した者	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 1:事業場選任の産業医 2:事業場所属の医師(1以外の医師に限る。)、保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師 3:外部委託先の医師、保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師 	検査を受けた労働者数	□□□□□人 右に詰めて記入する↑
面接指導を実施した医師	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 1:事業場選任の産業医 2:事業場所属の医師(1以外の医師に限る。) 3:外部委託先の医師 	面接指導を受けた労働者数	□□□□□人 右に詰めて記入する↑
集団ごとの分析の実施の有無	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 1:検査結果の集団ごとの分析を行った 2:検査結果の集団ごとの分析を行っていない 		

折り曲げる場合は、(4)の所を谷に折り曲げることに

産業医	氏名 所属医療機関の名称及び所在地 Ⓡ
-----	---------------------------

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印

Ⓡ