

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 所管 管轄 基幹番号 枝番号 被一括事業場番号									
対象年	7:平成 → 元号 年 1-9年は右↑ 年分	検査実施年月		7:平成 → 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	右に詰めて記入する↑ 人
検査を実施した者	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、看護師又は精神保健福祉士 3:外部委託先の医師、保健師、看護師又は精神保健福祉士	検査を受けた労働者数	右に詰めて記入する↑ 人
面接指導を実施した医師	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	右に詰めて記入する↑ 人
集団ごとの分析の実施の有無	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、(◀)の所を谷に折り曲げること

産業医	氏 名 所属医療機関の 名称及び所在地	(印)
-----	-------------------------------	-----

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

(印)

