

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	<input type="text"/>									
対象年 7:平成 → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年分 <small>1~9年は右↑</small>		検査実施年月 7:平成 → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <small>1~9年は右↑ 1~9月は右↑</small>										
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 <small>右に詰めて記入する↑</small>
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 <small>右に詰めて記入する↑</small>
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 <small>右に詰めて記入する↑</small>
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

産業 医	氏名	(印)
	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

