

様式第6号の2(第52条の21関係)(表面)

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	所轄	管轄	基幹番号	枝番号	被一括事業場番号
------	----	----	------	-----	----------

対象年	7:平成 → <input type="text"/> <input type="text"/> 年分 <small>元号 年 月 1-9年は右へ</small>	検査実施年月	7:平成 → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <small>元号 年 月 1-9年は右へ 1-9月は右へ</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"/> 人 <small>右に詰めて記入する</small>
検査を実施した者	<input type="checkbox"/> 1:事業場選任の産業医 2:事業場所所属の医師(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	<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"/> 1:事業場選任の産業医 2:事業場所所属の医師(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"/> 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"/> 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

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)

