■ 様式第六号の二（表面）を次のように改める。

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 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	□ 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	□ 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	□ 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		

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

◀ 折り曲げる場合は、◀の所を谷に折り曲げること

■ 様式第七号、様式第八号(1)一頁、同様式(2)一頁、同様式(3)一頁、同様式(4)一頁、同様式(5)一頁、同様式(6)一頁、同様式(7)一頁、同様式(8)一頁、同様式(9)一頁、同様式(10)一頁、同様式(11)一頁及び同様式(12)一頁並びに様式第十号中「平成」を「平成・令和」に改める。