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（1～9年は右） 年分	検査実施年月	７：平成 ９：令和 → 元号 □□ 年（1～9年は右） □□ 月（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　（　　）		

折り曲げる場合は、◀の所を谷に折り曲げること

		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 所属機関の名称及び所在地

年　　月　　日

事業者職氏名

受付印

労働基準監督署長殿