様式第14号の3（第34条の2の2第1項関係）

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
法人番号	□□□□□□□□□□□□□

高度プロフェッショナル制度に関する報告

報告期間	年　月から　年　月まで

事業の種類	事業の名称	事業の所在地（電話番号）	常時使用する労働者数（制度の適用労働者数）
		（〒　－　） （電話番号：　－　－　）	（　）

業務の種類及びその分類	労働者の範囲	同意した労働者数（同意を撤回した労働者数）	労働者の健康管理時間の状況（健康管理時間の把握方法）	労働者の休日の取得状況	選択的措置の実施状況	労働者の健康及び福祉を確保するための措置の実施状況
（　）			最長の者　平均		（　）	（　）
		（　）	（　） 決議した時間を除いた場合□	４週間を通じ４日以上の休日の確保　□		
（　）			最長の者　平均		（　）	（　）
		（　）	（　） 決議した時間を除いた場合□	４週間を通じ４日以上の休日の確保　□		
（　）			最長の者　平均		（　）	（　）
		（　）	（　） 決議した時間を除いた場合□	４週間を通じ４日以上の休日の確保　□		
（　）			最長の者　平均		（　）	（　）
		（　）	（　） 決議した時間を除いた場合□	４週間を通じ４日以上の休日の確保　□		

年　月　日

使用者　職名
氏名　　㊞

労働基準監督署長殿