

標準字体

特定化学物質健康診断結果報告書

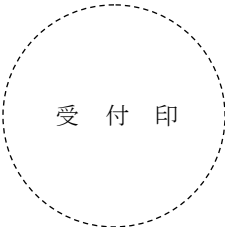
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票 種別	80305			労働保 険番号	①都道府県 所管 管轄 基 幹 番 号 扶 番 号 被 一 括 事 業 場 番 号 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□																
対象年	②元号 年 7:平成 9:令和 数字 ↑ 1~9年は右 ↑ □□□				健 診 年 月 日				③元号 年 月 日 7:平成 9:令和 数字 ↑ 1~9年は右 ↑ 1~9月は右 ↑ 1~9日は右 ↑ □□□□□□□				第二次健康診断				年 月 日				
	(月 ~ 月 分) (報 告 回 目)																				
事 業 の 種 類						事業場の名称															
事業場の所在地		郵便番号()														電話()					
健康診断実施 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地						在 籍 勞 働 者 数		人													
項 目	特定化学物質 業務の種類	特定化学物質業務コード ④□□□ 具体的業務内容 ()				特定化学物質業務コード ⑤□□□ 具体的業務内容 ()				特定化学物質業務コード ⑥□□□ 具体的業務内容 ()											
	従 事 勞 働 者 数	⑦□□□□人				⑧□□□□人				⑨□□□□人											
受 診 勞 働 者 数	⑩□□□□人				⑪□□□□人				⑫□□□□人												
上記のうち第二次 健康診断を要する とされた者の数	人				人				人												
第二次健康診断 受診者数	人				人				人												
上記のうち有所 見者数	⑬□□□□人				⑭□□□□人				⑮□□□□人												
疾病にかかって いると診断され た者の数	⑯□□□□人				⑰□□□□人				⑱□□□□人												

折り曲げる場合は、
の所を谷に折り曲げること

職員記 入欄	⑬ページ □	⑭登記・修正等 空白 3 9	⑮登記 修正 取消	⑯補助キー □ 1~9
-----------	-----------	-------------------------	-----------------	----------------

産 業 医	氏 名
	所属機関の名称 及び所在地
	事業者職氏名



年 月 日

労働基準監督署長殿