

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 ↑ (月 ~ 月分)(報告 回目)				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					
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 労働者数		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 ()				
	従事労働者数	⑦□□□□人				⑧□□□□人				⑨□□□□人				
受診労働者数		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	⑲ページ □	⑳登記・修正等 空白 3 9	㉑登記 修正 取消	㉒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