

石綿健康診断結果報告書

様式第3号(第43条関係)(表面)

80310

標準字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

労働保険 番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	在籍労働者数	人
事業場の名称	事業の種類		
事業場の所在地	郵便番号 ()		電話 ()

対象年	7:平成 → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (月 ~ 月分) (報告 回目)	健診年月日	7:平成 → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
健康診断実施機関の名称	第二次健康診断		年 月 日
健康診断実施機関の所在地			
項目	石綿業務の種別	石綿業務コード <input type="text"/> <input type="text"/>	石綿業務コード <input type="text"/> <input type="text"/>
		具体的業務内容 ()	具体的業務内容 ()
従事労働者数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
受診労働者数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
疾病にかかっていると診断された者の数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人

ページ 総ページ
 /

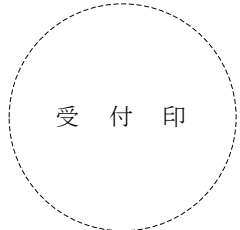
産業医 氏名 印
所属医療機関の名称及び所在地

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

印



折り曲げる場合は、の所を谷に折り曲げること。