

# 記入例

赤字部分をご記入ください。

令和 2 年 月 日

[事業場名]

(株) ○ ○ ○ 営業所 様

記入不要

新発田地域産業保健センター

担当産業医 印

貴事業場は労働安全衛生法(第 66 条の 4)に基づき、定期健康診断の結果について医師の指導を受けたことを証明します。

なお、下記該当者には指導内容を指示し健康の増進に努めて下さい。

[指導内容] (健診実施日：2020年○月○日 又は 2020年○月○日～○月○日) No.1

	氏名	年齢	医師の意見・就業上の措置等
1	新発田花子	35	通常勤務・就業制限・要休業 ( )
2	産保 一郎	50	通常勤務・就業制限・要休業 ( )
3	○○ ○○	55	通常勤務・就業制限・要休業 ( )
4			通常勤務・就業制限・要休業 ( )
<p>「医師の意見聴取」の該当者は、 健康診断の結果、異常の所見があった方※です。異常なしの方は記入不要です。</p> <p>※総合判定区分が下記の方 「要経過観察」「要精密検査」「要医療」「治療中」、 「3・4・5・6」または「C・D・E・Fランク」と判定された方。</p>			
10			通常勤務・就業制限・要休業 ( )
11			通常勤務・就業制限・要休業 ( )