

長時間労働者への面接指導対象者報告書

令和 年 月 日

健康管理センター長 殿

所 属 _____

所属長 _____ (印)

下記の者は「医師の長時間労働者への産業医または面接指導実施医師による面接指導実施規程」または「医師以外の長時間労働者への産業医による面接指導実施規程」に定める対象者に該当しますので報告いたします。

記

1. 氏 名 _____

2. 職 名 _____

3. 該当月 _____

4. 時間外・休日労働時間数 _____

5. 上記4の原因として、時期などの理由等をご記入ください。
