四アルキル鉛健康診断結果報告書

標準字体
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

様式第3号(第24条関係)(表面)
8 0 3 0 4

ページ　総ページ
□ / □

労働保険番号	□□□□□□□□□□□□□□ (都道府県 / 所掌 / 管轄 / 基幹番号 / 枝番号 / 被一括事業場番号)	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 → 元号 □□ 年 (　月～　月分)(報告　回目)	健診年月日	7:平成 → 元号 □□ 年 □□ 月 □□ 日
健康診断実施機関の名称			
健康診断実施機関の所在地			

項目 ＼ 四アルキル鉛等業務の種別		四アルキル鉛等業務コード □□ 具体的業務内容(　)	四アルキル鉛等業務コード □□ 具体的業務内容(　)	四アルキル鉛等業務コード □□ 具体的業務内容(　)
従事労働者数		□□□□人	□□□□人	□□□□人
受診労働者数		□□□□人	□□□□人	□□□□人
四アルキル鉛等による有所見者数	四アルキル鉛等業務への就業を禁止された者	□□□□人	□□□□人	□□□□人
	その他	□□□□人	□□□□人	□□□□人

検査項目別内訳		実施者数	有所見者数	実施者数	有所見者数	実施者数	有所見者数
神経症状又は精神症状		人	人	人	人	人	人
血圧		人	人	人	人	人	人
血液	貧血	人	人	人	人	人	人
血液	好塩基点赤血球数	人	人	人	人	人	人
尿	コプロポルフィリン	人	人	人	人	人	人

産業医	氏名　　㊞ 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　　㊞

受付印