

様式2

## 医師による面接指導申出書兼結果提供の同意書

年 月 日

所属名 \_\_\_\_\_

職員番号 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(記名押印又は署名)

私は労働安全衛生法第66条の10第3項に定める医師による面接指導の対象となる者として、下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

また、ストレスチェックに関する今回の判定結果を法人に通知することに同意します。

※ 面接指導を実施するに当たり配慮を求める事項があれば以下に記入してください。

※ この様式は、ストレスチェックの実施者又は実施事務従事者に提出してください。

※ 面接指導の日程は、面接指導対象者とその所属長にお知らせします。

※ ストレスチェックの結果は、あなたの健康の保持を考慮し、医師による面接指導を受けていただくためにのみ利用し、それ以外の目的で使用されることはありません。