

西暦 年 月 日

医師の面接指導に係る申出書
(労働安全衛生法第 66 条の 8、第 66 条の 9)

有限会社 パーソナルアシスタント町田殿

所属：_____

氏名：_____

私は、労働安全衛生規則第 52 条の 2 第 1 項に定める者に該当する長時間勤務者として、
下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

記

1 面接指導を受ける医師（いずれかにチェック）

- 会社が指定する医師
 自分が希望する医師

2 面接指導を受ける日時

第 1 希望 西暦 年 月 日 時 ~ 時

第 2 希望 西暦 年 月 日 時 ~ 時

第 3 希望 西暦 年 月 日 時 ~ 時

3 面接指導を受けるにあたり配慮を求める事項

月の残業時間が 2 か月連続で 45 時間を超える場合、または単月で 80 時間を超える場合は
疲労蓄積確認票を配布し、健康状態をお聞かせいただいています。

詳細は疲労蓄積確認票をご覧ください、医師による面接をご希望される方はこちらの申出
書をご利用ください。

以 上