

ストレスチェック実施に係る証明書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

平成 年 月 日

当機関が、下記事業場の労働安全衛生法に基づくストレスチェックを実施する予定であることを証明します。

記

・所在地

・事業場名

・代表者（役職・氏名）

・ストレスチェック実施に係る費用 1人あたり 円/回（税込）

実施機関

所在地

代表者氏名（役職・氏名）

Ⓜ

実施者 医師・ 保健師・ その他（

）氏名
