

1	全項目に漏れなく記入しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	事業場は50人未満です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	当社に総括産業医は居ません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	「健康相談結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は「健康相談結果の取得について事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び当該取扱いを採用する理由を説明している。」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	（個人事業者、注文者等のみ確認）労災保険に加入している又は特別加入をしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	上記に相違ありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>