産業医 事業所訪問記録書

問合先：株式会社 Mediplat
co-info@mediplat.jp

会社名		契約開始月	年　月～
訪問頻度			

「開始時間」「終了時間」「産業医 署名」は先生の方でご記入をお願いいたします。

訪問日	延長・追加の有無 ○を付けてください	企業担当者 署名	開始時間	終了時間	産業医 署名
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	
/　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		:	:	

/　　/	延長・追加なし 延長あり、追加あり		：	：	

■企業担当者様・先生へご一読ください■

「産業医　事業所訪問記録書」に記載いただいた内容は事業所訪問が適切に実施されているか確認させていただく上で必要な記録書となります。必ず、事業所訪問時には記載いただきますようお願い申し上げます。

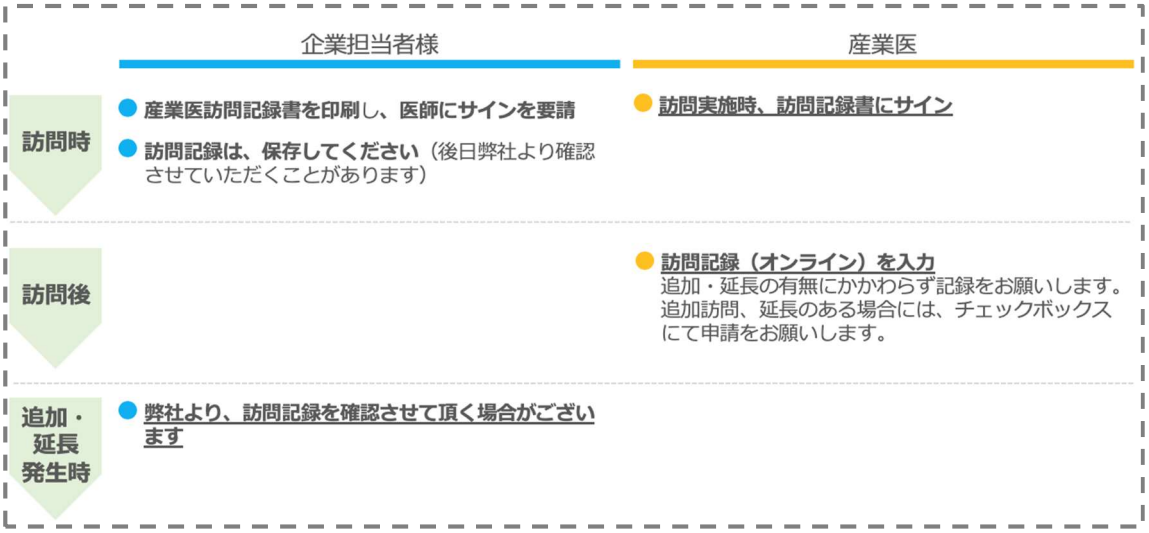
１．事業所訪問の際に**規定の時間より 15 分を超えた場合、1 時間の延長とみなします。**

※2021 年 10 月 1 日より「事業所訪問時の規定時間を超過した場合は延長とみなす。」旨の規定に変更となります。
※ご契約時に、変更後の規定が記載された申込書にてお申込みいただいている場合は、ご契約開始時より変更後の規定が適用となります。

・企業側には 1 時間分の延長・追加料金が発生し、Mediplat 社より追加でご請求差し上げます。
・産業医へは 1 時間分の延長・追加料金の報酬を、Mediplat 社よりお支払いいたします。

２．記録書の保管・提出について

・企業側は本書への記載と保管を行い、事務局より申請があった場合は PDF データをご提出ください。
・産業医は事業所訪問後、必ず事務局からご案内の訪問履歴記録用の Web フォームより訪問後に報告をお願いいたします。（本報告書の記載と Web 報告、双方のご確認をお願い申し上げます。）

※ 訪問後の Web フォームへの記載がない場合、規定の報酬をお支払いできませんのでご注意くださいませ。
※ Web フォーム内へ「延長/追加」の記載があった場合、企業側へ本書内容を確認させていただきます。

【注意】担当者様不在の中、産業医と従業員が面談を行った場合は、後日本書にご記入ください。