

職場復帰及び就業措置に関する情報提供依頼書

主治医先生御侍史

〇〇〇〇 株式会社
〇〇県〇〇市〇〇 △―□
産業医 中村 一

平素よりお世話になっております。日頃より弊社の健康管理活動にご理解・ご協力のほどを賜り、心より感謝のほどを申し上げます。弊社下記従業員の今回の職場復帰に関して、下記内容の就業上の措置を図りながら、支援していきたいと考えておる次第です。つきましては、以下に関してご記入のほどを賜われれば幸いです。お忙しい中、甚だ恐れ入りますが、ご対応のほどを頂きたく存じます。今後とも、ご指導のほど、何卒 宜しくお願い申し上げます。

記

氏名	男・女 (歳)
業務内容	
入院期間	_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日
自宅療養期間	_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日
病名・病状の経過	病名：
就労可能日	_____年_____月_____日 より就労可
<u><就業上の配慮の内容></u> () 就業上の制限は特にない () 下記の点に留意することが必要 <u>想定労働時間</u> 1日8時間、週40時間、その他 <u>法定の残業時間</u> 就業時間の制限 制限なし・制限 制限の場合 → 就業許可時間 (: ~ :) 時間外勤務 可・禁止・制限 (1日当り 時間まで、1週間当り 回まで) 休日勤務 可・禁止・制限 () 出張 可・禁止・制限 () 自動車通勤 可・禁止・制限 () 業務上の自動車運転 可・禁止・制限 () 機械運転 可・禁止・制限 () 作業内容の制限 要・不要 要の場合→ () 配置転換 要・不要 要の場合→ () その他 ()	
連絡事項	※定期通院治療、服薬、通勤方法などに関して
上記措置期間	_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日
記入年月日：_____年_____月_____日 主治医氏名：_____印 医療機関名：_____	

ご協力ありがとうございました。

上記内容を確認しました。
会社へ提出することに同意します。(本人署名) _____