

殿 (管理監督者)

職場復帰に関する意見書

産業医：

印

事業所		所属		男女	年齢 歳
氏名					
目的	(新規 ・ 変更 ・ 解除)				
復職の可否	可	条件付き可	不可		
復職に関する意見					
就業上の配慮の内容 ※復職可又は条件付き可の場合					
<input type="checkbox"/> 時間外勤務 (禁止 ・ 制限 H) <input type="checkbox"/> 交替勤務 (禁止 ・ 制限) <input type="checkbox"/> 休日勤務 (禁止 ・ 制限) <input type="checkbox"/> 就業時間短縮 (遅刻 ・ 早退 H) <input type="checkbox"/> 出張 (禁止 ・ 制限) <input type="checkbox"/> 作業転換 <input type="checkbox"/> 配置転換 ・ 異動 <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> 今後の見通し：					
面談実施日	年 月 日				
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日				