

職場復帰及び就業上の配慮に関する情報提供書

病院
クリニック 先生 御机下

〒

産業医: 印
Tel — —

日頃より弊社の健康管理活動にご理解ご協力をいただき感謝申し上げます。
 弊社の下記従業員の今回の職場復帰においては、次の内容の就業上の配慮を図りながら支援をしていきたいと考えております。
 今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

氏名		性別
生年月日	年 月 日 歳	男・女
復職（予定）日	年 月 日	
就業上の配慮の内容		
<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：		
連絡事項		
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日	

注： この情報提供書は、労働者本人を通じて直接主治医へ提出すること。