

## 1 対象者

職 員 番 号		所 属	
氏 名			
生 年 月 日	昭・平 年 月 日	補 職 名	
復 職 希 望 日	平 成 年 月 日		

所 属 長 意 見	
復職後の担当 及び業務予定	
職員の理解度 支 援 体 制	

復職に際しての 要 望 等	
------------------	--

主治医意見	
現況や生活上の留意点	
復職後の通院・服薬	通院：（ ）回／週・月 服薬：      □朝                  □昼                  □夕                  □就寝前      □頓服
望ましい業務上の配慮	<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"/> 深夜業務(禁止・制限) <input type="checkbox"/> 宿泊を伴う出張(禁止・制限) <input type="checkbox"/> 就業時間短縮(遅刻・早退・ H) <input type="checkbox"/> 作業転換 <input type="checkbox"/> 配置転換・異動 <input type="checkbox"/> 車両の運転業務(禁止・制限) <input type="checkbox"/> 重量物の取扱い(禁止・制限) <input type="checkbox"/> その他( )
平成          年          月          日	
医療機関名	
主 治 医	
<div style="text-align: right;">⑩</div>	