

職場復帰及び就業に関する情報提供書

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

2 所属長からの情報提供

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			

3 本人意見欄

復職に際しての 要望等			
----------------	--	--	--

4 主治医からの情報提供

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: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 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 <u>主治医</u> 印			