

病院

先生

今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと等について、先生にご意見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

従業員の氏名		生年月日	年	月	日
住所					

職種						
職務の概要						
勤務日数	週	日	勤務時間	時	分～時	分
勤務形態	常昼勤務	二交代勤務	三交代勤務	その他		
通勤方法・時間						
休業可能期間	年	月	日	迄		
有給休暇日数	残	日	次回付与予定日	年	月	日
会社で利用可能な制度や取組み	在宅勤務	短時間勤務	時差出勤			
	試し出勤制度	時間単位の年次有給休暇	傷病休暇・病気休暇			
	その他					
その他特記事項						

上記内容を確認しました。

年 月 日

(本人署名)

上記内容を確認しました。

年 月 日

(会社名)

(担当者名)

治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見書

患者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

復職の可否	復職可	条件付き可	不可
復職に関するご意見			
職場で配慮したほうがよい事項 ※優先順位の高いものから数字をご記入頂きますでしょうか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の配慮事項			
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

上記の内容を確認しました。

年 月 日

(本人署名)

上記の通り、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

年 月 日

(主治医署名)
