

人事労務責任者 殿

職場復帰に関する意見書

年 月 日

〇〇事業場  
産業医

印

事業場	所 属	従業員番号	氏 名	男・女	年 齢
目 的	(新規・変更・解除)				
復職に関する意見	復職の可否	可	条件付き可	不可	
	意見				
就業上の措置の内容 (復職可または条件付可の場合)	・時間外勤務 (禁止・制限 H) ・交代勤務 (禁止・制限) ・休日勤務 (禁止・制限) ・就業時間短縮 (遅刻・早退 H) ・出張 (禁止・制限) ・作業転換 ・配置転換・異動 ・その他： ・今後の見直し：				
	面接実施日	年 月 日			
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日				

年 月 日

職場復帰及び就業措置に関する情報提供書

病 院  
クリニック 先生 ご机下

〇〇株式会社 〇〇事業場  
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。

弊社の下記従業員今回の職場復帰においては、下記の内容の就業上の措置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。

記

氏 名	(生年月日 年 月 日 年齢 歳)				性別
					男・女
復職(予定)日	年 月 日				
就業上の措置の内容	・時間外勤務 (禁止・制限 H) ・交代勤務 (禁止・制限) ・休日勤務 (禁止・制限) ・就業時間短縮 (遅刻・早退 H) ・出張 (禁止・制限) ・作業転換 ・配置転換・異動 ・その他：				
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。>