**職場復帰及び就業措置に関する情報提供書**

**様式 10**

病院

クリニック 先生 ご机下

○○株式会社 産業医（又は人事課長）

印

TEL

日頃より弊社の健康管理活動にご理解ご協力頂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、下記の内容の就業上の措置を図りながら支援していきたいと考えております。

今後ともご指導のほど、どうか宜しくお願い申し上げます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | 性別 | |
| 男 ・ 女 | |
| （生年月日 年 月 日 年齢 歳） | | | |
| 復職（予定）日 | | 年 月 日 | | | | |
| 就業上の配慮の内容 | | ・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 | | ( 時～ 時まで) |
| ・出張 | (禁止・制限) | ・作業転換 | |  |
| ・配置転換・異動 | | ・通院 | | |
| ・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、労働者本人を経由して直接主治医に提出すること ≫**