平成 年 月 日

**様式 1**

**職場復帰支援に関する情報提供依頼書**

病院

クリニック 先生 御机下

株式会社 ○○○○

人事課 ○○○○

所在地 ：

TEL /FAX

従業員氏名 （男・女）

生年月日 年 月 日

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。

弊社では、健康問題により長期間の病気療養を経た従業員が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるよう支援していくことを目的に社内規定に職場復帰支援に関する項目を設け、運用しております。上記の弊社従業員が、職場復帰の際には所定の様式により情報提供をご依頼させていただくこととなりますので、ご指導、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

なお、弊社における従業員の業務、職場環境、職場復帰支援体制は下記の通りです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 弊社事業概要 | 事業内容： | |  | | |
| 事業特性： | |  | | |
| 従業員の業務 | 職位： |  | | 職種： |  |
| 業務内容： | | ※当該労働者の業務に特徴や有害業務があれば少し詳細に記入しましょう。 | | |
| 勤務時間： | |  | | |
| 職場環境 | 危険・高負荷を伴う業務：  ※周囲の支援、キーパーソンの存在なども、可能であればここに記入するとよいでしょう | | | | |
| 職場復帰支援体制・  職場復帰の基準 | 産業保健スタッフ（ ） | | | | |
| 休職制度（休職期間 、休職中の給与 ） | | | | |
| ※求職期間のクーリングオフ期間について、短縮勤務への対応など、職場復帰の基準（目安）や実施可能／不可能な就業上の配慮を具体的に記入しましょう。 | | | | |

弊社従業員の職場復帰支援に際し、病状が回復し、職場復帰時期をご検討いただける段になりましたら、別紙「職場復帰支援に関する情報提供書」の内容についての情報提供及びご意見を頂ければと存じます。なお、本情報提供書は本人の職場復帰を支援する目的にのみ使用され、いただいた情報については、プライバシーの保護に十分配慮しながら責任を持って管理いたします。今後とも弊社の健康管理活動へのご協力を宜しくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **（本人記入）** | | | |
| 私は、本情報提供に関する説明を受け、本書の作成並びに会社への提出について同意いたします。 | | | |
| 年 月 日 | 氏 名 |  | 印 |