

人事労務責任者 殿

職場復帰支援に関する意見書

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 歳
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				
就業上の配慮の内容 (復職可又は条件付き可の場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 今後の見通し 				
面談実施日	年 月 日				
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日				