年　　月　　日

人事労務責任者　殿

**職場復帰支援に関する意見書**

○○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） | | ・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 | | | | | | |