

年 月 日

職場復帰及び就業上の配慮に関する情報提供書

- クリニック
- 先生御侍史

〒
東京都墨田区・・・
〇〇株式会社△△工場
03-3333-・・・
産業医（人事部長などでもいい）梶本隆夫 印

日頃より健康管理活動にご理解ご協力をいただきありがとうございます。今回の職場復帰においては、下記の内容の就業上の配慮を図りながら支援をしていきたいと考えております。今後とも何卒よろしくお願いいたします。

記

氏名	(生年月日 年 月 日 年齢 歳)	性別
		男・女
復職（予定）日		
就業上の配慮の内容	<ul style="list-style-type: none">・ 時間外勤務（禁止・制限 H）・ 休日勤務（禁止・制限）・ 出張（禁止・制限）・ 配置転換・異動・ その他：・ 交替勤務（禁止・制限）・ 就業時間短縮（遅刻・早退 H）・ 作業転換	
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〉