|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 年 月 日 |
| 医療機関名　　○○クリニック  先生 |  | 〒  東京都○○区○○1－2－3 |
|  | ○○株式会社 |
|  | 人事部　　○○○○ |
|  | TEL　03-1234-5678／FAX 03-1234-5679 |
|  | メールアドレス |

**職場復帰に向けた勤務情報等のご連絡**

平素より弊社従業員　○○○○（現在休職中）　のご高診を賜り、誠にありがとうございます。

今後の職場復帰に向けて、職場復帰の可否、職場で配慮したほうがよいことなどにつきまして、先生にご意見をいただきたく、本人の就業等に関してご連絡申し上げます。別紙 「職場復帰の可否等について」 への記載をよろしくお願い致します。なお、職場からの情報提供につきまして、本人も了承しております。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従業員氏名 | ○○○○ | 所属 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 役職 |  |
| 本人の同意 | 私は、職場から主治医の先生への情報提供について説明を受け、同意しております。  　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　自署 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **休職前の**仕事内容や勤務状況 | |
| 職　　種 | ※事務職、自動車の運転手、建設作業員など |
| 休職前の職務内容 |  |
|  | □体を使う作業（重作業） □体を使う作業（軽作業）　□長時間立位　　　　　　□暑熱場所での作業　　　　□寒冷場所での作業　　　□高所作業□車の運転　　□機械の運転・操作　　□対人業務 |
| 仕事の様子や 人間関係の様子 |  |
| 勤務形態 | □常昼勤務　□交替勤務（　　　　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務時間 | 時　　　分　～　　　　時　　　分　（休憩　　時間。　週　　日間。） |
| 通勤方法  通勤時間 | □徒歩　□公共交通機関（着座可能）　□公共交通機関（着座不可能）　□自動車  □その他（　　　　　　　　）　　　　通勤時間：（　　　　　　　　　　　　）分 |
| 会社が復帰可能と考える要件 | |
| 会社が必要と考える 健康状態、生活、体力等に関する基本的な要件 |  |
| 就業に関する要件 |  |
| 主治医に確認したい点・気になる点 |  |
| 会社の制度について | |
| 現在の休業・休職 可能期間･給与等 | 制度名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　年　　月　　日まで（　　　日間）　（給与支給　□無し □あり：支給期限　　　年　月　日　） |
| 復帰後の就業で 利用可能な制度等 | □時差出勤　　□勤務時間の短縮　　□在宅勤務（テレワーク） 　□治療休暇  □その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **復帰後に**想定している仕事内容等 | |
| 配置転換について | □　難しい　　□可能 （内容  　　　　　　　　　　　　） |
| 想定している業務 |  |
| 対応可能な 就業上の配慮事項 |  |
| その他 |  |