年　　月　　日

人事労務責任者 殿

**職場復帰に関する意見書**

○○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） ・ 交替勤務（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  |