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 | | | | | | |