

勤務情報提供書

先生

今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいことなどについて、先生にご見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。どうぞよろしくお願い申し上げます。

従業員氏名		生年月日	年	月	日
住所					
職 種					
職務内容	(作業場所・作業内容)				
	☐ 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 ☐ 遠隔地出張（国内） ☐ 海外出張 ☐ 単身赴任				
雇用形態	☐ 正規職員 ☐ 契約社員 ☐ 派遣社員・嘱託 ☐ パート/アルバイト ☐ その他（ ） ※雇用期間の定めあり ➡ 年 月まで				
勤務形態	☐ 常昼勤務 ☐ 二交替勤務 ☐ 三交替勤務 ☐ 深夜勤務あり ☐ その他（ ）				
勤務時間	時 分 ～ 時 分（うち休憩 時間） ■週休 日間 / 月 日間勤務) ■時間外・休日労働の状況（ ） ■国内・海外出張の状況（ ）				
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） ☐ 自転車 ☐ バイク/原動機付自転車 ☐ 自動車 ☐ その他（ ） ■通勤時間：（ ）分				
休業可能期間	年 月 日まで（ 日間） ■給与支給： ☐ 有 ☐ 無 ■傷病手当金支給： ☐ 有 % ☐ 無				
有給休暇日数	残 日間（ 年 月 日現在）				
利用可能な制度	☐ 時間単位の年次有給休暇 ☐ 傷病休暇・病気休暇 ☐ 時差出勤制度 ☐ 短時間勤務制度 ☐ 在宅勤務（テレワーク） ☐ 試し出勤制度 ☐ その他（ ）				
産業保健/労務担当者の有無（複数可）	☐ 産業医 ☐ 保健師 ☐ 総括安全衛生管理者 ☐ 衛生管理者 ☐ 安全衛生推進者 ☐ 衛生推進者 ☐ その他（ ）				
【従業員の復職（就労継続）にあたり想定している業務】					
【従業員の復職（就労継続）にあたっての主治医への質問】					

上記内容を確認しました。	年	月	日	従業員署名：
--------------	---	---	---	--------

年	月	日	勤務先名：_____
			担当者名：_____

☐ 産業医
 ☐ 保健師
 ☐ 総括安全衛生管理者
 ☐ 衛生管理者
 ☐ 安全衛生推進者
 ☐ 衛生推進者
 ☐ その他