

## 勤務情報提供書

相澤病院

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、先生にご覧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ひ申し上げます。

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)		
	<input type="checkbox"/> 体を使う作業(重作業)	<input type="checkbox"/> 体を使う作業(軽作業)	<input type="checkbox"/> 長時間立位
	<input type="checkbox"/> 暑熱場所での作業	<input type="checkbox"/> 寒冷場所での作業	<input type="checkbox"/> 高所作業
	<input type="checkbox"/> 車の運転	<input type="checkbox"/> 機械の運転・操作	<input type="checkbox"/> 対人業務
	<input type="checkbox"/> 遠隔地出張(国内)	<input type="checkbox"/> 海外出張	<input type="checkbox"/> 単身赴任
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員	<input type="checkbox"/> 契約社員	<input type="checkbox"/> 派遣社員・嘱託
	<input type="checkbox"/> パート/アルバイト	<input type="checkbox"/> その他( )	※雇用期間の定めあり→ 年    月まで
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常雇勤務	<input type="checkbox"/> 二交替勤務	<input type="checkbox"/> 三交替勤務
	<input type="checkbox"/> 深夜勤務あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能)	<input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能)
	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> バイク/原動機付自転車	<input type="checkbox"/> 自動車
	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他( )	)
休業可能期間	年    月    日まで(    日間)		
	■給与支給: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	■傷病手当金支給: <input type="checkbox"/> 有 %	<input type="checkbox"/> 無
有給休暇日数	残    日間 ( 年    月    日現在)		
利用可能な制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇	<input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇	<input type="checkbox"/> 時差出勤制度
	<input type="checkbox"/> 短時間勤務制度	<input type="checkbox"/> 在宅勤務(テレワーク)	<input type="checkbox"/> 試し出勤制度
	<input type="checkbox"/> その他( )		)
産業保健/労務担当者の有無(複数可)	<input type="checkbox"/> 産業医	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 総括安全衛生管理者
	<input type="checkbox"/> 安全衛生推進者	<input type="checkbox"/> 衛生推進者	<input type="checkbox"/> 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