勤務情報提供書

相澤病院　　先生

今後の就業継続や職場復帰の可否、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、
先生にご意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	□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（　　） ※本社や他の支店・工場に選任されている方が、当該事業場も担当している場合（兼務・包括選任）もチェックしてください
【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】	

（本人記入）	上記内容を確認しました。　年　月　日　従業員署名：
（勤務先記入）	年　月　日　勤務先名： 担当者名：　連絡先： □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