　　　　　　　　　　　　　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・作業内容等）           　□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  □　　　　　　　　　　　　□　　　　　　　　　　　　□ |
| 勤務形態 | □常昼勤務　□二交替勤務　□三交替勤務　□その他（　　　　　　　） |
| 勤務時間 | 時　　分　～　　時　　分（休憩　　分　週 　 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　□有り □無し 傷病手当金 　 ％　） |
| 有給休暇日数 | 残　　　　日間 |
| その他  特記事項 | （就業上における注意すべきことなど、業務を行うに当たって主治医への質問事項を記載） |
| 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　 　 □　　 　　 　　 □  □ □　　　　　　　　 □　　　　　　 □ |

|  |
| --- |
| 上記内容を確認しました。  　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　（本人署名） |

　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　（ 会社名 ）