

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) <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 二交替勤務 <input type="checkbox"/> 三交替勤務 <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

上記内容を確認しました。

年 月 日

(本人署名) _____

年 月 日

(会社名) _____