＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿