

(様式4)

三農セ第 号
年 月 日

病院(クリニック)
先生 御机下

株式会社三重県農協情報センター
総務部長 ○○ ○○
産 業 医 ○○ ○○

職場復帰および就業措置に関する情報提供書

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。日頃より弊社の健康管理活動にご理解ご協力頂き感謝申し上げます。

弊社の下記従業員の職場復帰について、下記の内容のとおり就業上の措置を図りながら実施をしていきたいと考えておりますので、今後ともご指導の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

氏 名	生年月日(年齢)	性 別
	年 月 日(歳)	男 ・ 女

職場復帰予定日		年 月 日 (曜日)		
労働時間等の配慮内容	始業・終業	時 分 ～ 時 分		
	1週間の出勤日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		
	時間外労働	不可	1日()時間まで可	1ヵ月()時間まで可
	上記以外で配慮すべき点	(出張、深夜業務、交替勤務、接客/対人業務)		
	配慮期間	職場復帰の日から()ヵ月間<短時間勤務に係る配慮()ヵ月間>		
連絡事項				

※(注意)この情報提供書は労働者本人を通じて直接主治医に提出してください。