

年 月 日

## 職場復帰支援に関する情報提供依頼書

病院

クリニック

先生 御机下

〒

株式会社

人事課

電話

従業員氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日ごろより弊社の健康管理活動にご理解いただき感謝申し上げます。

弊社では、健康問題により長期間の病気療養を経た従業員が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるおう支援していくことを目的に、社内規定に職場復帰支援に関する項目を設け、運用しております。上記の弊社従業員が、職場復帰の際には所定の様式により情報提供をご依頼させていただきますので、ご指導、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、弊社における従業員の業務、職場環境、職場復帰支援体制は以下のとおりです。

弊社事業概要	事業内容： 業務特性：
従業員の業務	職位： 業務内容： 勤務時間：
職場環境	危険・高負荷を伴う業務：
職場復帰支援体制・職場復帰の基準	産業保健スタッフ（ ） 休職制度（休職期間： 休職中の給与： ） その他（短縮勤務への対応、職場復帰の基準など）

弊社従業員の職場復帰支援に際し、病状が回復し職場復帰時期をご検討いただける段になりましたら、別紙「職場復帰支援に関する情報提供書」の内容についての情報提供及びご意見をいただければと存じます。なお、本情報提供書は本人の職場復帰を支援する目的にのみ使用され、いただいた情報については、プライバシーの保護に十分配慮しながら責任をもって管理いたします。今後とも弊社の健康管理活動へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

（本人記入）

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、本書の作成並びに会社への提出について同意します

年 月 日

氏名

印