

療養・就労両立支援に関する勤務情報提供書

| | | | | | |
|-------|--|------|---|---|---|
| 従業員氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | | | | | |

| | | | | | |
|--------------|---|--|--|--|--|
| 職 種 | | | | | |
| 職務内容 | 作業場所・作業内容の詳細 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 体力を使う重作業 <input type="checkbox"/> 暑熱環境での作業 <input type="checkbox"/> 車両の運転 <input type="checkbox"/> 国内出張 <input type="checkbox"/> 体力を使う軽作業 <input type="checkbox"/> 寒冷環境での作業 <input type="checkbox"/> 機械の操作 <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 電子媒体での事務作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 対人業務 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 紙媒体での事務作業 <input type="checkbox"/> 長時間の立ち作業 <input type="checkbox"/> 電話対応 | | | | |
| 勤務形態 | <input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 常夜勤務 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |
| 勤務時間 | 定時：__時__分～__時__分 (休憩__分 週__日勤務) 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"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 (本人の運転) <input type="checkbox"/> 自動車 (家族等の運転) <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"/> その他 (_____) 片道：__時間__分 | | | | |
| 休業可能な 期間 | _____年__月__日まで (____日間) (給与支給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 傷病手当金____%) | | | | |
| 利用可能な 制度 | 有給休暇残日数____日 <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"/> その他 (_____) | | | | |
| その他の 特記事項 | | | | | |

事業所名 _____年__月__日
 産業医・総括安全衛生管理者・衛生管理者
 安全衛生推進者・保健師・その他の勤務管理者
 (担当者署名) _____ ㊞

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

この様式は、本人が病状を悪化させることなく療養と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は本人を介して事業所と医療機関で共有し、プライバシーに十分配慮して管理されます。

療養・就労両立支援に関する勤務情報提供書

| | | | |
|-------|------------|------|-------------|
| 従業員氏名 | ●●●● | 生年月日 | 昭和●●年●●月●●日 |
| 住所 | 埼玉県所沢市●●●● | | |

| | |
|--------------|--|
| 職種 | 事務職 自動車の運転手 建設作業員など |
| 職務内容 | 作業場所・作業内容の詳細 顧客からの電話問い合わせに対し、顧客情報の照会や、その顧客に適した新商品の情報提供などを行う。 |
| 勤務形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 常夜勤務 <input type="checkbox"/> 交代勤務 <input type="checkbox"/> その他（_____） |
| 勤務時間 | 定時：8時30分～17時00分（休憩60分 週5日勤務） 時間外・休日労働の状況：シフト勤務 完全週休二日制 国内・海外出張の状況：なし |
| 通勤方法 通勤時間 | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車（本人の運転） <input type="checkbox"/> 自動車（家族等の運転） <input type="checkbox"/> 公共交通機関（着座可能） <input checked="" type="checkbox"/> 公共交通機関（着座不可能） <input type="checkbox"/> その他（_____）片道：0時間40分 |
| 休業可能な 期間 | 令和●●年●●月●●日まで（●●日間） （給与支給 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 傷病手当金_____%） |
| 利用可能な 制度 | 有給休暇残日数●日 <input checked="" type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input checked="" type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input checked="" 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"/> その他（_____） |
| その他の 特記事項 | |

事業所名

____年__月__日

産業医・総括安全衛生管理者・衛生管理者

安全衛生推進者・保健師・その他の勤務管理者

（担当者署名）●●●● ㊞

上記内容を確認しました。____年__月__日（本人署名）____ ㊞

この様式は、本人が病状を悪化させることなく療養と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は本人を介して事業所と医療機関で共有し、プライバシーに十分配慮して管理されます。