

人事労務委任者殿

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

職場復帰に関する意見書

産業医 _____ ⑩

事業者		所属		従業員番号	氏名	性別	年齢
						男・女	歳
目的		(新規・変更・解除)					
復帰に関する意見	復帰の可否		可 条件付き可 不可				
	意見						
就業上の措置の内容 (復職または条件付可の場合)	時間外勤務 (禁止・制限 H) ・ 交替勤務 (禁止・制限)						
	休日勤務 (禁止・制限) ・ 就業時間短縮 (遅刻・早退 H)						
	出張 (禁止・制限) ・ 作業転換						
	配置転換・異動						
	その他：						
	今後の見直し：						
面談実施日		年 月 日					
上記の措置期間		年 月 日～ 年 月 日					