

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

人事労務委任者殿

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				