

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 職場復帰に関する意見書

産業医 \_\_\_\_\_ 印

事業者		所属	従業員番号	氏名	性別	年齢
目的	(新規・変更・解除)					
復帰に関する意見	復帰の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 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					