年　　月　　日

**就業配慮に関する情報提供書**

　　病院

　　クリニック　　　　先生　御机下

○○株式会社

産業医　　　　　印

Tel：ooo-xxx-oooo

日頃より弊社の健康管理活動にご理解ご協力をいただき感謝申し上げます。

先日は、弊社従業員　　　　　　　　　　（男・女　　生年月日　　年　　月　　日）について診療情報を提供いただき誠にありがとうございます。

関係部署等と相談調整の上、下記の内容の就業上の措置を図りながら支援をしていきたいと考えております。

　今後ともよろしくお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 就業の可否 | □可　　□条件付き可　　□不可 |
| 就業上の措置 | ・時間外勤務（禁止・制限　　時間）　　・交代勤務（禁止・制限）・就業時間短縮（遅刻・早退　　時間）　・休日勤務（禁止・制限）・出張（禁止・制限）　　　　　　　　　・作業転換・配置転換、異動・その他： |
| 連絡事項 |  |
| 上記の措置期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |

　注：この情報提供書は従業員本人を通じて直接主治医へ提出すること。