

医師意見書(就業制限)

実施日 年 月 日

産業医

社員番号		所属	
氏名		生年月日	年 月 日
業務内容			

該当事由	<input type="checkbox"/> 健康診断結果 <input type="checkbox"/> 復職時 <input type="checkbox"/> 異動時 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診断名			
就業上の措置	<input type="checkbox"/> 通常就業可		
	<input type="checkbox"/> 就業制限あり	<input type="checkbox"/> 労働時間短縮 <input type="checkbox"/> 残業制限 <input type="checkbox"/> 出張制限 <input type="checkbox"/> 作業制限 <input type="checkbox"/> 業務内容の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 就業禁止(要休業)		
特記事項			
措置期間	年 月 日より		年 月 日まで

上記産業医意見書について同意する、又は同意しないにチェックを付け署名して下さい

<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない	本人	署名
<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない	上司 役職：)	署名
<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない	人事 役職：)	署名

注意事項

- ① この意見書の取扱は守秘事項として慎重に取り扱うこと
- ② 本人の健康に影響が出た場合は産業医に連絡のこと
- ③ 配置転換、業務転換を行う場合は事前に産業医に連絡のこと