年　　月　　日

**復職及び就業措置に関する情報提供書**

　 病院

　 クリニック　　　　　　　　　　先生　御机下

〒889－2192

　　　　宮崎市学園木花台西１－１

宮崎大学

TEL 0985-58-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 産業医氏名

日頃より当大学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。

当大学の下記職員の今回の復職においては、下記の就業配慮内容に基づき支援をしていきたいと考えております。

今後ともご指導の程よろしくお願い申し上げます。

記

氏　　名

生年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　年齢　　　　　歳

性　　別　　　　　　男・女

|  |
| --- |
| ＜就業配慮内容＞1.　就業可　（就業配慮期間　　：　　　　　　年　　　月　　　日～　　月　　　日）1. 通常就業可能と認める
2. 下記の条件付で就業可能と認める
	* 1. 職場変更：
		2. 作業内容の変更：
		3. 超勤制限：
		4. 出張制限：
		5. 業務軽減：
		6. その他　：

2.　就業不可 |