

年 月 日

株式会社〇〇〇〇
人事労務責任者 殿

職場復帰に関する意見書

産業医

印

事業場	所属	従業員番号	氏名	男・女	年齢 歳
目的	(新規・変更・解除)				
復職に関する意見	復職の可否	可	条件付き可	不可	
	意見				
就業上の配慮の内容(復職可又は条件付き可の場合)	<ul style="list-style-type: none">・ 時間外勤務 (禁止・制限 H)・ 休日勤務 (禁止・制限)・ 出張 (禁止・制限)・ 配置転換・異動・ 夜勤 (禁止・制限)・ その他：今後の見通し・ 交替勤務 (禁止・制限)・ 就業時間短縮 (遅刻・早退 H)・ 作業転換				
面談実施日	年 月 日				
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日				