**就業上の措置に関する医師・産業医の意見書**

|  |  |
| --- | --- |
| 意見書発行日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 |

**事業者殿**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所  ※産業医の場合は  記載不要 | 〒 |
| TEL | -（　　　）- |
| 氏名 | 印 |

**健康診断・過重労働面談・職場復帰・その他（　　　　　　　　　　　）**※該当するものに○

**診察・面談の結果、以下の働き方が適切と判断いたしましたのでご配慮お願いします。**

|  |  |
| --- | --- |
| １．労働時間について  ※該当するものに○  注1．実行可能か要確認 | 1．残業の制限・禁止　　　：　　（　　　　　　）時間／月以内  2．短時間業務　　　　　　；　　（　　　　　　）時間／日以内（注1）  3．夜勤の制限・禁止　　　；　　（　　　　　　）　回／月以内  4．交代勤務の禁止  5．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（注1） |
| ２．労働時間以外について  ※実行可能か確認のうえ、「具体的」内容を記載 | ≪具体的な対応内容≫ |
| ３．就業配慮期間 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| ４．備考 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者 | 人事・労務 | 部長 | 課長 |
|  |  |  |  |