**治療と仕事の両立に関する勤務情報提供書**

　　　　　　　　　　　先生

　　今後の就業継続の可否、業務の内容について職場で配慮したほうがよいことなどについて、先生にご意見をいただくための従業員の勤務に関する情報です。

　　どうぞよろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従業員氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　種 |  |
| 職務内容 | * （作業場所・作業内容）   □体を使う作業（重作業）　□体を使う作業（軽作業）　□長時間立位  □暑熱場所での作業　　　　□寒冷場所での作業　　　　□高所作業  □車の運転　　　　　　　　□機械の運転・操作　　　　□対人業務  □遠隔地出張（国内）　　　□海外出張　　　　　　　　□単身赴任 |
| 勤務形態 | □常昼勤務　□二交替勤務　□三交替勤務　□その他（　　　　　　　） |
| 勤務時間 | 時　　分　～　　時　　分（休憩　　時間。週　　日間。）  （時間外・休日労働の状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （国内・海外出張の状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通勤方法  通勤時間 | □徒歩　□公共交通機関（着座可能）　□公共交通機関（着座不可能）  □自動車　□その他（　　　　　　　　）  通勤時間：（　　　　　　　　　　　　）分 |
| 休業可能期間 | 年　　月　　日まで（　　　日間）  （給与支給　□有り □無し 傷病手当金　％　） |
| 有給休暇日数 | 残　　　日間 |
| その他  特記事項 |  |
| 利用可能な  制度 | □時間単位の年次有給休暇　□傷病休暇・病気休暇　□時差出勤制度  □短時間勤務制度　□在宅勤務（テレワーク）　□試し出勤制度  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 上記内容を確認しました。  　　　　　　年　　月　　日　　　（本人署名） |

　　　年　　月　　日　　　（会社名）