

年 月 日

## 復職に関する意見・情報提供依頼書

\_\_\_\_\_病院  
\_\_\_\_\_先生 御机下

住所  
〒 \_\_\_\_\_

会社名  
担当者名 ( \_\_\_\_\_ )

平素より弊社の従業員の健康管理にご協力いただきありがとうございます。  
下記の弊社職員の復職にあたり、ご意見をいただきたく、当該職員の業務内容等についてお知らせいたします。お忙しいところ恐縮ですが、同封いたしました情報連絡シートにてご意見をいただければ幸いです。

頂いた、ご意見・情報は、弊社が当該職員の就労の可否を判断する際の参考にさせていただくとともに、障害者雇用安定助成金(障害・治療と仕事の両立支援制度助成コース)の申請に使用いたします。個人情報には責任を持って管理いたします。

なお、本情報連絡シートの提出については、当該職員も同意していることを申し添えます。  
今後とも、弊社の健康管理活動へのご理解ご協力をよろしくお願いいたします。

当該職員

氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 才) 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人記入欄

私は本情報提供依頼書に関する説明を受け、情報提供文書の作成・提供について同意します。

年 月 日

氏名(署名) \_\_\_\_\_ 印