別紙様式５（第６条第６項関係）

　　　　年　　月　　日

復職に関する情報提供依頼書

　　　　　　　　　病院

　　　　　　　　　クリニック　　　　　　先生　御机下

国立大学法人兵庫教育大学

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 産業医　　　　　　　　　印

日頃より本学の健康管理活動にご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

下記１の本学職員の長期療養期間の終了に当たり、下記２の情報提供依頼事項につきまして、任意の書式の文書により情報提供及びご意見をいただければと存じます。

下記３につきましては、主治医である先生に職場復帰に関するご意見を記入していただくための参考情報でございますので、ご参照いただければ幸いに存じます。

なお、いただいた情報は、本人の職場復帰を支援する目的のみに使用するものであり、プライバシーには十分配慮しながら、産業医が責任を持って管理いたします。

今後とも、本学の健康管理活動へのご協力をよろしくお願い申し上げます。

記

１　職員

　氏　　　　名：

　生年月日：　　年　　月　　日

　病気休職期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

２　情報提供依頼事項

（１）現在の状態

（業務に影響を与える症状、及び薬の副作用の可能性等も含めて）

（２）必要な療養期間の見込み

　ア　１か月　　　イ　２か月　　　ウ　３か月　　　エ　その他（　　　）　　オ　未定

　（３）復職する場合、就業上の配慮に関するご意見

（疾患の再燃、再発防止のために必要な注意事項等）

３　参照情報（業務内容等）

|  |
| --- |
| （本人記入）  　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並びに産業医への提出について同意します。  　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 |