平成○年○月○日

復職支援に関する情報提供依頼書

○○病院

○○先生　御机下

〒○○○-○○○○　東京都○○区○○1-2-3

株式会社　○○

　代表取締役　○○　○○　　　印

弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記の情報提供依頼事項について本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。

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し、プライバシーには十分配慮しながら会社が責任を持って管理いたします。

今後ともご指導の程どうぞよろしくお願いいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 　○○　○○ | 生年月日 | 昭和○年○月○日 |
| 性別 | 男・女 |
| 復職(予定)日 | 平成○年○月○日 |
| 情報提供依頼事項 | ①発症から初診までの経過②治療経過③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なども含めて）④就業上の配慮に関するご意見（再発防止のために必要な注意事項など）⑤その他（必要に応じご記入ください） |

以上

（本人記入欄）

私は会社への復職支援に関する上記情報提供に関して同意します。

平成　　年　　月　　日　氏名　　　　　　　　　　　　　印