リハビリ勤務承認書

　○○　○○　殿

平成○年○月○日付で申出がありましたリハビリ勤務について、下記により実施することとなりましたのでお知らせいたします。

記

１．リハビリ勤務実施期間と勤務時間

　　リハビリ勤務期間：平成○年○月○日から平成○年○月○日

　　勤務時間　　　　：午前○時から午後○時の間で主治医が認めた時間

２．リハビリ勤務の内容

　　　①　復職前の通勤練習、試し出勤のためのリハビリ勤務とする。

　　　②　在社時間およびその過ごし方について会社は指揮命令を行わない。

　　　③　このリハビリ勤務は治療行為の一環として行うもののため、休職期間中として扱い、給与の支給は行わない。

　　　④　リハビリ勤務の内容については会社と主治医が相談の上決定する。

　　　⑤　リハビリ勤務期間中は、勤務内容報告書を日々記載し上司に提出する。

３．注意事項

　　次に掲げる事項のいずれかに該当する場合はリハビリ勤務を中止する。

　　　①　心身の状況がリハビリ勤務に耐えられないと認められるとき。

　　　②　心身の状況がリハビリ勤務を必要としないと主治医が認めたときで会社が承認したとき。

　　　③　その他業務上の都合上によりハビリ勤務の場所を提供できなくなったとき。

以　上

　平成○年○月○日

株式会社　○○

　代表取締役　○○　○○　印