**勤務情報提供書**

飯田市立病院　　　　　　　　科　　　　　　　　　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：

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 | □自動車　　□公共交通機関（着座：可能・不可能）　　□徒歩  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　通勤時間：　　　　分 |
| 休業可能期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日まで　（　　　　日間）  給与支給：□有　□無　　　　　　　　傷病手当金支給：□有　□無 |
| 有給休暇日数 | 残　　　　日間 |
| 産業保健/  労務担当 | □産業医　　　□総括安全衛生管理者　　　□衛生管理者　　□安全衛生推進者  □衛生推進者　　□保健師　　　□その他（　　　　　　　　　　　）　　□いない |
| 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  □在宅勤務（テレワーク）　　　□短時間勤務制度　　　　　□試し出勤制度  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他  特記事項 |  |

|  |
| --- |
| 上記内容を確認しました　　　　　年　　　月　　　日　　　本人署名： |
| 上記作成をしました　　　　　　　年　　　月　　　日  　　会社名：  　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：  □産業医　□総括安全衛生管理者　□衛生管理者　□安全衛生推進者　□衛生推進者　□保健師  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記のいずれかに☑をお願いします。 |