

年 月 日

職場復帰支援に関する意見依頼書

医療法人 悠仁会

稲田クリニック

稲田 泰之宛

〒

事業所所在地

名称

産業医

印

Tel

下記1の弊社従業員の職場復帰支援に際し、下記2の情報提供依頼事項について任意書式の文章により情報提供およ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され、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申し上げます。

記

1 従業員

氏 名

(男・女)

生年月日

年

月

日

2 情報提供依頼事項

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

(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ならびに産業医への提出について同意します。

年

月

日

氏名

印

情報提供書作成料

本人負担

・ 事業所負担