様式例）

年　　　月　　　日

**職場復帰支援に関する情報提供依頼書**

医療法人社団TLC医療会 ブレインケアクリニック院長

新宿御苑前リワークセンター　リワーク担当者

〒

○○株式会社　　○○事業場

産業医　　　　　　　　　印

電話　〇－〇－〇

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書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も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　＊例

（１）リワーク参加期間、出席状況（〇か月分）

（２）リワークプログラム内容

（３）リワーク参加の様子

（４）就業上の配慮に関する意見

（５）

以上

|  |
| --- |
| （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 |