（２：事業者→医療機関）

**就労状況等に関する情報提供書**

第　○○○号

平成　　年　　月　　日

○○病院（診療所）　管理者様

（住所）〒

（法人名）○○株式会社　　○○事業所

（記入責任者）　　　　　　　　　　　　印

℡

弊社社員のがん治療と就労の両立支援のため、当該社員の就労状況等について、下記のとおりお知らせします。

また、当該社員の職場復帰や就労上の配慮の参考にするため、可能な限り詳細な診断情報を診断書として患者本人へ提供してください。（診断書作成例は別添のとおり）

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（生年月日　　昭　・　平　　　年　　月　　日生）　　　　歳 | 性別　男　・　女 |
| 職場や仕事に関する情報 | 業務の具体的内容 |
| ※安全配慮上留意すべき業務(車輌運転、重量物取扱い、上肢の巧緻作業、高所作業、その他（　　　　　　　　　　　）) |
| 勤務形態 |
| フレックスタイム制度　　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 定時勤務週〔　　〕日勤務、勤務時間　〔　　〕時～〔　　〕時まで休憩時間　〔　　〕時～〔　　〕時まで休日　（月・火・水・木・金・土・日） |
| 交代勤務内容 |
| その他連絡事項 |
|  |
| 適用可能な休暇等 | 年次有給休暇 |
| 日数　〔　　〕日（休暇付与期間　　月　　日から１年間）記載日（平成　年　月　日）現在の残日数　　日（平成　年　月　日まで）※時間単位の有給休暇制度　　有〔　　　〕時間　・　無 |
| 傷病（病気）休職（休暇） |
| 有　〔　　　〕日　・　無※時間単位の傷病休暇制度　　有〔　　　〕時間　・　無 |
| その他 |
|  |

※上記内容が本書の宛先医療機関に提供されることに同意します。

署名