**勤務情報提供書（書式例）**

（病院・診療科名）旭川医科大学病院　　　　　　　　　科

　（主 治 医 氏 名）　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　種 | ※事務職、自動車の運転手、建設作業員など具体的に |
| 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 |
| 雇用形態 | * 正社員　□契約社員（有期労働契約）　□嘱託　□出向　□派遣 * その他（　　　　　） |
| 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通勤方法  通勤時間 | □徒歩　□公共交通機関（着座可能）　□公共交通機関（着座不可能）  □自動車　□その他（　　　　　　　　）  通勤時間：（　　　　　　　　　　　）分 |
| その他  特記事項 | 休業可能期間　　　年　　月　　日まで（　　　日間）   * （給与支給　□有り □無 傷病手当金　　％：開始日 　　年　　月　　日） |
| * 有給休暇日残数　　　日間 |
| * 給与保障以外の収入　　□無　　□有　（　　　　　　　　　　　　　） |
| * 身体障害手帳の有無　　□無　　□有　（　　）級 |
|  |
| 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  □短時間勤務制度　□在宅勤務（テレワーク）　□試し出勤制度  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記内容を情報提供します。  　　　　平成　　　年　　月　　日　　　（会社名） | |
| 上記内容を確認しました。  　　　　平成　　　年　　月　　日　　　（本人署名） | |