

森山記念病院

(主治医) 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いたします。

従業員氏名		生年月日	年	月	日
住所					

職種	
職務内容	
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 二交代勤務 <input type="checkbox"/> 三交代勤務 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 出張有り
勤務時間	<input type="checkbox"/> 時間 時 ~ 時まで 週5日勤務 (時間外・休日出勤・残業時間)
通勤方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能)
通勤時間	<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 片道 分
休業可能期間	
有給休暇日数	
その他 特記事項	
利用可能な 制度	

上記内容を確認しました	
年 月 日	本人署名
年 月 日	会社名
	担当者 連絡先