

## 勤務情報提供書

四国がんセンター

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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           作業場所・作業内容  <input type="checkbox"/>体を使う作業（重作業）    <input type="checkbox"/>体を使う作業（軽作業）    <input type="checkbox"/>長時間立位  <input type="checkbox"/>暑熱場所での作業    <input type="checkbox"/>寒冷場所での作業    <input type="checkbox"/>高所作業  <input type="checkbox"/>車の運転    <input type="checkbox"/>機械の運転・操作    <input type="checkbox"/>対人業務  <input type="checkbox"/>遠隔地出張（国内）    <input type="checkbox"/>海外出張    <input type="checkbox"/>単身赴任         </div>		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 二交替勤務 <input type="checkbox"/> 三交替勤務 <input type="checkbox"/> 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： ） （国内・海外出張の状況： ）		
通勤方法 通勤時間	<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） <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他（ ） 通勤時間：（ ）分		
休業可能期間	年 月 日まで（ 日間） （給与支給 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 傷病手当金 %）		
有給休暇日数	残 日間		
その他 特記事項			
利用可能な 制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務（テレワーク） <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
安全衛生 業務担当者	貴社に下記のご担当がおられる場合は、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 総括安全衛生管理者 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 安全衛生推進者 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 担当者なし		

上記内容を確認しました。

年 月 日 (本人署名) \_\_\_\_\_

年 月 日 (会社名)