様式第２号（第３条関係）

診　　断　　書

（職場復帰のための事前訓練用）

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td>職員番号（　　）</td><td>男
女</td><td colspan="2">年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>所 属 名</td><td colspan="2"></td><td>職名
（職種）</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>傷 病 名</td><td colspan="2">（主症）</td><td colspan="2">（合併症）</td></tr>
<tr><td>現 病 歴</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>今 後 の
見 込 み</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>職場復帰のための事前訓練に関する意見</td><td colspan="4">職場復帰のための事前訓練*は＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日から実施可能

*「職場復帰のための事前訓練」とは、休職中の職員が職場復帰する際に職場等において時間や作業の負荷等を段階的に調整しながら訓練を行うものです。</td></tr>
<tr><td>職場等において配慮すべき点</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり診察する。
年　　月　　日　　医療機関名
所　在　地
医 師 氏 名
（担当医師が自署しない場合は、記名押印をしてください。）</td></tr>
</table>