

試し出勤実施申出書

年 月 日

堺市教育委員会
総括安全衛生管理者 様

所 属 名
職 名
氏 名 _____
職員番号 （ _____ ）
(注) 氏名について自署しない場合は、記名押印をしてください。

職場復帰のため、下記の期間、試し出勤をしたいので、必要書類を添えて申し出ます。
また、試し出勤の実施に当たっては、下記の事項について同意します。

記

- 1 試し出勤実施希望期間
年 月 日から 年 月 日まで
- 2 休職発令期間
年 月 日から 年 月 日まで
- 3 休職発令事由
疾病名 （ _____ ）
- 4 同意事項
- (1) 試し出勤の実施状況が堺市学校職員健康審査会における職場復帰等の判断の参考とされること。
 - (2) 試し出勤は、復職に対する不安を軽減し、疾病の再発防止を図るため、復職に先立ち主治医の指示の下に職場等において実施するものであるから、試し出勤の期間中は教育委員会、衛生管理責任者、主治医及び家族の間で連絡を密にすること。
 - (3) 試し出勤の期間中、法令等に定めるもののほか、いかなる給与も支給されないこと。
 - (4) 試し出勤実施中における災害（住居と実施場所との往復途上の災害を含む。）について、地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）による補償を受けることができないこと。

衛生管理責任者意見

年 月 日

衛生管理責任者
氏 名 _____
(自署しない場合は、記名押印をしてください。)