神奈川県立がんセンター　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

|  |  |
| --- | --- |
| 従業員氏名 | 生年月日　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 勤務先 |  |
| 職　　種 |  |
| 職務内容 | （作　（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 | □正規職員　　　　　　　　□非正規職員  期間の定めがある場合⇒期限（　　　　年　　　　月まで）  契約更新の予定　　□有　　□無 |
| 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （夜勤　　　　□有　　　　　　　□無　　　　　　　　　　　　　　　）  （国内・海外出張の状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療中の休暇等 | 有給休暇の有無　　□有　（　　　　　　）日間　　　□無  有給休暇の残　　（　　　　　）日間 |
| 休業可能期間 | 年　　月　　日まで（　　　日間）  （給与支給　　　　　□有り 　　　　　□無し　）  □傷病手当金申請（　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日申請） |
| 仕事環境 | □屋外　　　　　　　　　□屋内　　　　　　　　　　□屋内外両方  エレベーター：□有　　□無　　　　　休憩室：□有　　□無  トイレ：□有　　□無  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他  主治医に確認したいこと |  |
| 上記内容を情報提供します。  西暦　20　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者 | |
| 上記内容を確認しました。  西暦　20　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　本人署名 | |

**勤務情報提供書**