

復職支援に係る診療情報提供書

作成年月日 年 月 日

氏名		生年月日	
住所			
診断名			
1、 心身の状態（休職の必要性などを記入）			
2、 休職を要する期間			
3、 復職にあたり障害福祉サービスの支援を受けることが必要であるか。			
必要 ・ 不必要			
不必要な場合の理由			
4、 留意事項（復職支援に際し留意すべき事項を記入）			
病院名：			
所在地：			
連絡先：			
医師氏名：			
印			