事業所意見書

※メンタル関連での傷病発症に至るまでの状況・今後の対応について貴事業所のご意見をお聞かせください。**ご回答いただいた内容による給付への影響はございません。**率直なご意見を賜りますよう、お願いいたします。

申請者の記号・番号		申請者の氏名	
事業所の名称			
傷病名			
本人の業務内容	(具体的に)		
発症の原因	該当する箇所に〇	１、　職場ストレス（業務面） ２、　職場ストレス（人間関係） ３、　職場外ストレス (備考：　　)	
	休職に至った経緯（本人の様子や出来事）・事業所での気づき	(詳細)	
今後の対応方針	連絡方法	１、定期連絡（方法：　　） （頻度：　　） ２、その他　（　　） ３、未定 ４、復職済（　　月　　日～）	

令和　　年　　月　　日

※所属長・記入者は必ずご捺印ください。

事業所確認印			
所属長			記入者