

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○	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～）	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日 記入者氏名