

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～)		

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