

休職中の就労系障害福祉サービス利用にかかる意見書（主治医用）

年 月 日

（あて先） 廿日市市長

医療機関名

所 在 地

医 師 名 （押印又は自筆）

次の者についての情報と、障害福祉サービス利用による復職支援に関する意見は、次のとおりです。

ふ り が な			
対 象 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
診 断 名			
現 在 の 状 態 （ 回 復 程 度 等 ）			
治療継続の必要性、今後の見通しなど			

（１）当該医療機関による復職支援の実施（※該当に☑、理由を記入）

- ☐ 可能
☐ 困難

上記理由

（２）復職にむけて、障害福祉サービス事業所による復職支援を受けることについて、下記のとおり判断いたします。（※該当に☑、理由を記入）

- ☐ 適当
☐ 不適当

上記理由

（３）復職や復職支援で配慮が必要な点（再発防止のために必要な注意事項など）