様式第3号（第6条関係）

診　　　　断　　　　書

（職場復帰支援申請用）

|  |  |
| --- | --- |
| （氏名） | 生年月日　　　　　　　年　　月　　日生  （　　　　歳） |
| （病名） | |
| （現在の症状、治療状況） | |
| （復職訓練の実施にあたっての注意点） | |
| （その他意見等） | |

　　年　　月　　日

医療機関名

医師名