

## 職場リハビリ実施願

年 月 日

任命権者

様

所属名

職名

氏名

印

このたび、職場リハビリの実施を希望したいので、主治医の意見書又は診断書を添えて申請します。

なお、職場リハビリの実施にあたっては下記の確認事項について同意します。

### 記

1. 休職（休暇）中の職場リハビリであり、事故が起きても公務災害に該当しないため、私を被保険者とする傷害保険に加入すること。
2. 健康管理について、主治医の指示に従うこと。
3. 職場リハビリ期間中は、常に所属長等の職場リハビリ計画書に基づく指示に従うこと。
4. 復職の可否を判断する材料として職場リハビリの実施結果を利用すること。

上記のとおり職場リハビリ実施願が提出されました。

所属課では、このことについて受け入れに同意しますので承認をお願いします。

年 月 日

所属長氏名

印