様式第３号（第13条関係）

健康管理区分変更申請書

　　　　　　　　　　様

所属

職氏名　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下記のとおり | 健康を害した  病状が回復した | ので、健康管理区分を変更してください。 |

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生年月日・年齢 | 年　月　日　　歳 | 性別 | 男・女 |
| 希望健康管理区分 |  | 現健康管理区分 |  |
| 変更希望年月日 | 年　　月　　日 | 現健康管理区分の決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 傷病名 |  | | |
| 療養の方法 | 入院・通院（月・週　　回） | | |
| 医療機関の名称 |  | | |
| 病歴 |  | | |
| 職務内容 |  | | |
| 備考 |  | | |

（注）　１　職務内容は、具体的に記入すること。

２　備考欄には、通勤方法及び時間等を記入すること。