

職場復帰訓練申出書

年 月 日

(所 属 長) 様

所 属

訓練職員氏名

印

職場復帰訓練実施要領第3条の規定に基づき、下記の期間について職場復帰訓練を申し出ます。

なお、申出にあたり下記のとおり主治医の同意を得ております。また地方公務員災害補償法(昭和 42 年法律第 121 号)に規定する補償を受けることができないことに同意します。

訓練希望期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
--------	----------	----------

※地方公務員災害補償法(昭和 42 年法律第 121 号第 26 条)

職員が公務上負傷し、若しくは疾病にかかり、又は通勤により負傷し、若しくは疾病にかかった場合においては、療養補償として、必要な療養を行い、又は必要な療養の費用を支給する。

・主治医記入欄

上記の職員を診断した結果(別紙参照)、職場復帰訓練を実施することに同意します。

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師

印