

別記

様式第1号（第3条、第6条、第8条関係）

診 断 書

患者	住 所			性別	男 女
	氏 名		生年月日	年 月 日	
傷病の名称					
傷病の状態	治療又は加療の要否等	<input type="checkbox"/> 治癒したので不要		<input type="checkbox"/> 自宅療養により加療を要する	
		<input type="checkbox"/> 通院により加療を要する		<input type="checkbox"/> 入院により治療を要する	
(治療又は加療を要する期間) _____					
傷病の状態					
傷病による勤務への影響	通院の頻度	月 ・ 週 回			
	勤務の可否等	<input type="checkbox"/> 通常の勤務が可能 <input type="checkbox"/> 勤務に制限が必要 <input type="checkbox"/> 勤務が不可能 (勤務に制限が必要な期間又は勤務に復帰できるまでの期間) _____			
勤務制限の内容又は勤務が不可能な理由					
上記のとおり診断いたします。 年 月 日					
<u>医療機関所在地</u> <u>医療機関名</u> <u>診断医師名</u> (印)					

注1 「治療又は加療の要否等」及び「勤務の可否等」の欄については、該当する□に
レ点(✓)を記入するとともに、できるだけ具体的な期間を記載してください。

(例: ○年○月○日まで、○日間、○週間など)

- 2 通院加療が必要な場合には、「加療を要する期間」とともに「通院の頻度」をあ
わせて記載してください。
- 3 欄の中に書き切れない場合や他に特筆すべき事項がある場合は、別紙に記載のう
え添付していただいてもかまいません。

様式第2号(第7条関係)

復職願	
山形広域環境事務組合 管理者 山形市長 様	(申出日 年 月 日)
所 属 課 係	
職氏名 (印)	
次のとおり休職を命ぜられ療養していましたが、別紙診断書のとおり勤務が可能となりましたので、 年 月 日から、復職させてくださいようお願いいたします。	
下記の理由により、特別・病気休暇を請求しますので承認願います。	
休職の期間	年 月 日から 年 月 日まで
日間	
復職の理由等	

(注) 主治医の診断書(別記様式第1号によること。)を添付すること。