

第1号様式

年 月 日

所属長 様

所属

職名

氏名

印

職場復帰支援プログラム実施願

岐阜県教職員職場復帰支援プログラム実施要領第4の規定に基づき、下記の期間及び場所について、職場復帰支援プログラムを希望します。

記

復 職 希 望 日		年 月 日
復 帰 プ ロ グ ラ ム	希望期間	年 月 日から 年 月 日まで
	希望場所	
疾 患 名		
医 療 機 関 名		
主 治 医 名		
復帰プログラムについて主治医の了承を得た日	年 月 日	

※注意事項 復帰プログラム実施中の事故については、地方公務員災害補償法による補償を受けることができないためご注意願います。