

業務内容	<input type="checkbox"/> サブ（補助）的業務（誰かの仕事を手伝う業務）が望ましい
	<input type="checkbox"/> メイン（主担当）の業務（責任を有する、1人分の業務）が可能
	<input type="checkbox"/> 座り仕事が望ましい <input type="checkbox"/> 短時間の立ち仕事が可能
	<input type="checkbox"/> 長時間の立ち仕事が可能
	<input type="checkbox"/> 身体に負荷がかかる作業（暑い現場での作業、重量物の運搬など）は難しい
	<input type="checkbox"/> 勤務時間中に、頻繁にトイレや休憩の可能性あり
	<input type="checkbox"/> 複数回の食事のための時間が必要
<input type="checkbox"/> 日中勤務が望ましい <input type="checkbox"/> 早朝、夜間、深夜勤務も可能	
<input type="checkbox"/> 車の長時間の運転は難しい	
<input type="checkbox"/> 遠方・海外への出張は難しい	
その他の意見	

以上のとおり、診断し、また意見を述べる。

年 月 日

医療機関及び診療科の名称

医療機関の所在地

医療機関の電話番号

医師の氏名（署名）

㊞