別記様式第6号(第12関係)

復職支援プログラム評価書

□　復職支援プログラム終了時　　　　□　復職支援プログラム終了2月経過後

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日復職支援希望職員の自己評価及び感想　　配属又は所属：　　　　　　　職　　　　名：　　　　　　氏　　　　名： |
| ○自己評価 |
| １．だいたい順調に復職支援プログラムに取り組むことができ，自信が生まれてきた。２．復職について，若干の不安がある。３．以前のようには，業務を遂行する自信がない。 |
| ○感想 |
|  |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日配属部局等の長の意見及び感想配属又は所属：職　　　　名：　　　　　　氏　　　　名： |
| ○意見 |
| １．だいたい順調に復職支援プログラムに取り組むことができたように見受けられる。２．復職について，若干の不安がある。３．今後，業務が十分に遂行できないと推測される。 |
| ○感想 |
|  |

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日産業医等の意見氏名： |
| ○意見 |
|  |