

復職支援に係る確認書

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

医療機関名

主治医氏名

次の者について、当医療機関において復職支援を実施することが困難であり、
障がい福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当で
あると判断します。

氏 名

生年月日

備考

連絡先：