

# 従業員の職場復帰計画

負傷した労働者の名前

役職/役割

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

監督者氏名

部門/エリア

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

復帰日

時刻

あなたは次のスケジュールで職場に復帰する予定です:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

あなたは、医師の指示に従い、以下の制限のもとで働いています:

|  |
|--|
|  |
|--|

以下のレビューとブリーフィングが行われました

|  |   |
|--|---|
|  | 医師の制限が特定され、明確になりました。  |
|  | スーパーバイザーは、制限を理解し、対応する作業を提供できます。   |
|  | 負傷した作業員に支援を得るためのコミュニケーション経路が提供されました。  |
|  | 関連する安全ポリシー/慣行のレビューが行われました。  |
|  | 仕事の報告、出勤/退勤、同様の手順など、関連する人事ポリシーのレビューが行われました。                                     |
|  | ジョブ需要分析は、医師が示す制限と併せてレビューされています。職務は、以下の通り割り当てられます。                               |
|  | 負傷した作業員が制限内で作業するための要件が明確になりました。   |
|  | 制限内でのみ作業を割り当てるという上司の要件が明確になりました。  |
|  | 怪我をした作業員が、作業を行えないと感じる、または再負傷した可能性があると感じて退勤する場合は、直ちに医師のオフィス (または救急室) に行く必要があります。 |
|  |   |
|  |   |

割り当てられたタスク 必要に応じて個別のページを添付

| 週番号 | 割り当てられた職務 | 従業員のフィードバック | 上司からのフィードバック | 変更された職務を<br>継続しますか？<br>はい/いいえ | 仕事に完全に<br>戻りますか？<br>はい/いいえ |
|-----|-----------|-------------|--------------|-------------------------------|----------------------------|
| 1   |           |             |              |                               |                            |
| 2   |           |             |              |                               |                            |
| 3   |           |             |              |                               |                            |
| 4   |           |             |              |                               |                            |
| 5   |           |             |              |                               |                            |
| 6   |           |             |              |                               |                            |
| 7   |           |             |              |                               |                            |
| 8   |           |             |              |                               |                            |

契約

以下に署名した負傷労働者である私は、ここに記載されている移行作業計画に参加することに同意します。私は自分の仕事を慎重に行い、制限の範囲内で作業することに同意します。また、仕事が自分の能力を超える場合は助けを求め、能力を超える職務が割り当てられている場合は上司に通知し、サポートが必要な場合は上司に通知することに同意します。

|     | 名前 | 署名 | 日付 |
|-----|----|----|----|
| 従業員 |    |    |    |
| 監督者 |    |    |    |

CC: 労働者補償コーディネーター  
監督者ファイル従業員ファイル

- 免責条項 -

Smartsheet がこの Web サイトに掲載している記事、テンプレート、または情報などは、あくまで参考としてご利用ください。Smartsheet は、情報の最新性および正確性の確保に努めますが、本 Web サイトまたは本 Web サイトに含まれる情報、記事、テンプレート、あるいは関連グラフィックに関する完全性、正確性、信頼性、適合性、または利用可能性について、明示または黙示のいかなる表明または保証も行いません。かかる情報に依拠して生じたいかなる結果についても Smartsheet は一切責任を負いませんので、各自の責任と判断のもとにご利用ください。