＜様式第１号（第４条関係）＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２４年　７月２６日

　高知県教育長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学 校 名　○○○立△△小学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　教諭　土佐　一郎

職場復帰サポートシステム実施願

　高知県公立学校教職員職場復帰サポートシステム実施要領に基づく職場復帰サポートシステムを次のとおり受けたいので、同要領第４条の規定に基づき実施願を提出します。

　　実施願期間

　　　　　　　平成２４年　９月　１日　から　平成２４年　９月２８日まで（２８日間）

　　添付資料

　　　　診断書（様式第２号）

　　　　職場復帰サポートシステム実施計画書（様式第３号）

　　　　意見書（様式第４号）

＜様式第２号（第４条関係）＞

診　　断　　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 診断名 　　　　　　　　　　ＩＣＤ１０コード【　　　　　　　　　　　】 | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
| 臨床経過 | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
| 職場復帰に関する意見 | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
| 職場復帰に際し、配慮すること | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
| 上記のとおり診断する。 | | | |  |
| 年　　月　　日 | | | |  |
| 所 在 地 | | | |  |
| 医療機関名 | | | |  |
|  | | | |  |
| 医　師 印 | | | |  |

※「ICD10コード」とは、WHO（世界保健機構）で定められた疾病コードをいいます。

＜様式第３号（第４条、第６条関係）＞

職場復帰サポートシステム実施計画書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | |  |  |  |
| 学校名 | | ○○○立△△小学校 | | | | 職・氏名 | 教諭　土佐　一郎 |  |
|  | |  | | | |  |  |  |
|  | | | 平成２４年　９月　１日から | | | | |  |
| 実施予定期間 | | | 平成２４年　９月２８日まで | | | | |  |
|  | | | （　　　２８日間） | | | | |  |
| 週 | 目　 　標 | | | 期　間 | 時　　間 | 内　　　　　容 | |  |
| 第 |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
| ス |  | | |  |  |  | |  |
| テ |  | | |  |  |  | |  |
| ッ |  | | |  |  |  | |  |
| プ |  | | |  |  |  | |  |
| 第 |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
| ス |  | | |  |  |  | |  |
| テ |  | | |  |  |  | |  |
| ッ |  | | |  |  |  | |  |
| プ |  | | |  |  |  | |  |
| 第 |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
| ス |  | | |  |  |  | |  |
| テ |  | | |  |  |  | |  |
| ッ |  | | |  |  |  | |  |
| プ |  | | |  |  |  | |  |
| 第 |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |
| ス |  | | |  |  |  | |  |
| テ |  | | |  |  |  | |  |
| ッ |  | | |  |  |  | |  |
| プ |  | | |  |  |  | |  |

＜様式第４号（第４条関係）＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書番号○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２４年　７月２７日

　高知県教育長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名　○○○立△△小学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名　　　　四国　四郎

意　見　書

　下記の者から、別紙のとおり職場復帰サポートシステム実施願が提出されたので、高知県公立学校教職員職場復帰サポートシステム実施要領第４条第２項の規定により意見書を提出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職 名 | （　教諭　） | | | 生年月日 | 昭和○○年○月○日 | 性別 | 男・女 |  |
| 氏　名 | 土佐　一郎 | | | 年　　齢 | ○○歳 |  |
| 採用年月日 | 昭和５９年　４月　１日 | | | | | | |  |
| 現在の休職（病気休暇）期間 | | | 平成２４年４月１日から平成２４年９月３０日まで | | | | |  |
| 主病名（ 抑うつ状態 　） | | | | |  |
| 実施願期間 | | 平成２４年９月１日から平成２４年９月２８日まで | | | | | |  |
| 実施場所 | | ○○○立△△小学校 | | | | | |  |
| 校長の意見 | | | | | | | |  |
| ・病気休暇以前には、感情表現の起伏があり、食欲、睡眠とも十分とれない状況があったが休暇に入り２ケ月程度から精神的にも安定し、学校への連絡も定期的に入り始めた。 | | | | | | | |  |
| ・７月上旬頃から学校にも顔を出すようになり、子どもたちや同僚とも違和感なく話しができている。 | | | | | | | |  |
| ・学級のことも、教科の進度や生活指導などについて、担任に連絡を取っている。 | | | | | | | |  |
| ・本人との面談を通して、復帰に向けた意欲が感じられた。 | | | | | | | |  |
| ・家族や主治医の話から総合しても、心身共に快復状況にあると考えられ、主治医からは薬を正しく服用すれば通常勤務に戻ることができると報告を受けている。 | | | | | | | |  |
| ・以上から総合的に判断して、サポートシステムの実施が可能であると考える。 | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |

＜様式第１０号第（第６条、第６条関係）＞

職場復帰サポートシステム日誌

第（　　　）週

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月　　日（曜日） | 時　間 | 内　　容 | 状　　況 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

＜様式第１１号（第６条関係）＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書番号○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２４年　８月２５日

　高 知 県 教 育 長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名　　　　四国　四郎

職場復帰サポートシステムに係る変更・中止届

　高知県公立学校教職員職場復帰サポートシステムは、下記のとおり（変更・中止）します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | |  |
| 職・氏名 | | | 教諭　　　土佐　一郎 | | |  |
|  | | |  | | |  |
| 職場復帰サポー | | | ○年　○月　　○日　から | | |  |
| トシステムの実 | | | ○年　○月　　○日　まで | | |  |
| 施予定期間 | | | （　　　○○　日間） | | |  |
|  | （内容変更）○○○○○○ | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
| 変 | （変更した理由） | | | | |  |
| 更 |  | ○○○○○○○○○○○○ | |  | |  |
| の |  |  | |  | |  |
| 場 |  |  | |  | |  |
| 合 |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | |  |
|  | （職場復帰サポートシステムの実施期間） | | | | |  |
|  | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | |  |
|  | （　　　　　　　日間） | | | | |  |
| 中 |  |  | | |  |  |
| 止 |  |  | | |  |  |
| の |  |  | | |  |  |
| 場 |  |  | | |  |  |
| 合 |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  | | | | |  |

＜様式第１２号（第７条関係）＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書番号○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２４年　９月３０日

　高知県教育長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名　○○○立△△小学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名　　　　四国　四郎

職場復帰サポートシステム終了報告書

　職場復帰サポートシステムを終了したので、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職・氏名 | 教諭　土佐　一郎 |  |
| 休職（病気休暇）期間 | 平成２４年４月１日から平成２４年９月３０日まで |  |
| 主　病　名 | 抑うつ状態 |  |
| 職場復帰サポートシス | 平成２４年９月１日から平成２４年９月２８日まで |  |
| テム実施期間 |  |  |
| 概　　要 | |  |
| ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ | |  |
| ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |
| 校長意見  ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ | |

＜様式第１３号（第９条関係）＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書番号○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２４年　　○月　　○日

勤 務 状 況 報 告 書

　高知県教育長　様

　　　　　 　学校名　　○○○立△△小学校

　　　　　　　 校長名　　　　四国　四郎

　下記の者の勤務状況について、報告します。

　　　対 象 者:職名・氏名　　　教諭　土佐　一郎

　　　報告期間:平成(24)年(○)月(○)日～平成(24)年(○)月(○)日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 校長評  価 | 評　価　項　目 | | 評　価 |
| 取組状況 | 安定した気持ちで勤務できている |  |
| 意欲をもって積極的に取り組むことがでている |  |
| 計画的に取り組むことができている |  |
| 事務処理が適切にできている |  |
| 集中して勤務できている |  |
| 自信をもって取り組むことができている |  |
| 時間や規律を守って取り組むことができている |  |
| 対人関係 | 児童生徒と自然に接することができている |  |
| 同僚と違和感なく、協力して仕事ができている |  |
| 校長所見 | ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ | | |

　評価欄については下記の規準で数値を記入してください。

　5:よい　　4:おおむねよい　　3:普通　　2:少し劣る　　1:劣る

　校長所見の紙面が足りない場合は、適宜ページ数を増加してください。