**両立支援プラン／職場復帰支援プラン**

作成日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業員  氏名 |  | | 生年月日 | | 性別 |
| 年　　月　　日 | | 男・女 |
| 所属 |  | | 従業員番号 | |  |
| 治療・投薬等の状況、今後の予定 |  | | | | |
| 期間 | 勤務時間 | 就業上の措置・治療への配慮等 | | （参考）治療等の予定 | |
| １か月目 |  |  | |  | |
| ２か月目 |  |  | |  | |
| ３か月目 |  |  | |  | |
| 業務内容 |  | | | | |
| その他  就業上の  配慮事項 |  | | | | |
| その他 |  | | | | |

上記内容について確認しました。

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　（本　人）

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　（所属長）

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　（総務担当）