

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
年 月 日
年 月 日

(本人) _____
(所属長) _____
(総務担当) _____