

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 | ※職場復帰支援プランの場合は、職場復帰日についても記載 | | |
| 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 |
| | ： ～ ： (時間休憩) | | |
| | ： ～ ： (時間休憩) | | |
| | ： ～ ： (時間休憩) | | |
| 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 | (人事部) | |
| 年 | 月 | 日 | (産業医) | |