

## 両立支援／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
1か月目	： ～ ： ( 時間休憩)		
2か月目	： ～ ： ( 時間休憩)		
3か月目	： ～ ： ( 時間休憩)		
業務内容			
その他 就業上の 配慮事項			
その他			