**両立支援プラン／職場復帰支援プラン （書式例）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 業務内容 |  |
| 就業上の　配慮事項 |  |
| その他 |  |
| 上記プランを作成しました。作 成 日　　　　　　　年　　　月　　　日会 社 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　産業医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記内容を確認しました。　確 認 日　　　　　　　年　　　月　　　日病 院 名　　　旭川医科大学病院　　　　　　　　　科主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |