**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 | | | | | |