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 年　　月　　日	性別 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			