

対象従業員	部署:	氏名:
-------	-----	-----

仕事と介護の両立課題の共有

確認事項	初回面談時	プラン策定面談時												
介護が必要な人について	可能な範囲で、続柄、同居・別居の状況、介護を分担できる親族の有無等を確認してください。	※変更・追加がなければ記入不要です												
両立するうえでの課題・希望	勤務時間、曜日、休暇の必要性、出張の可否等を確認してください。 ※転勤があり得る場合は、介護の状況を確認したり、本人の意向を確認してください。													
利用したい制度・働き方の希望	<table border="1"> <tr> <td>自社で利用できる措置・制度</td> <td colspan="2">希望期間・時期</td> </tr> <tr> <td>介護休業</td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>所定外労働の免除</td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	自社で利用できる措置・制度	希望期間・時期		介護休業	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	所定外労働の免除	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	その他			
	自社で利用できる措置・制度	希望期間・時期												
	介護休業	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日											
	所定外労働の免除	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日											
その他														
また、取得・該当するものに、○をつけてください。その他														
また、取得・該当するものに、○をつけてください。その他														
また、取得・該当するものに、○をつけてください。その他														
業務面で周囲に配慮してほしいこと(業務の引き継ぎなど)	業務面で配慮してほしいことがあるか確認してください。業務の引き継ぎが必要であれば、本人と「誰に」「いつ」「どうやって」引き継ぎを行うか相談してください。													
業務以外で周囲に配慮してほしいこと	職場への周知など、何か気になることがあるか確認してください。													
面談日	年 月 日	年 月 日												
	<table border="1"> <tr> <td>人事・総務担当者確認</td> <td>上司確認</td> <td>本人確認</td> </tr> </table>	人事・総務担当者確認	上司確認	本人確認	<table border="1"> <tr> <td>人事・総務担当者確認</td> <td>上司確認</td> <td>本人確認</td> </tr> </table>	人事・総務担当者確認	上司確認	本人確認						
人事・総務担当者確認	上司確認	本人確認												
人事・総務担当者確認	上司確認	本人確認												

対象従業員の両立支援に向けたプラン

プラン策定日	取組期間	取組内容	取組状況確認日						
		【当面のプラン】							
		【介護支援プラン】							
利用した制度・働き方の実績									
フォロー面談									
面談日	年 月 日	<table border="1"> <tr> <td>人事・総務担当者確認</td> <td>上司確認</td> <td>本人確認</td> </tr> </table>	人事・総務担当者確認	上司確認	本人確認	<table border="1"> <tr> <td>人事・総務担当者確認</td> <td>上司確認</td> <td>本人確認</td> </tr> </table>	人事・総務担当者確認	上司確認	本人確認
人事・総務担当者確認	上司確認	本人確認							
人事・総務担当者確認	上司確認	本人確認							