

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。 ※軽動があり得る場合は、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	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・利用の希望時間・時期等を確認してください。		
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
	人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン	人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン

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	人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン	