【介】様式第４号－１

仕事と介護の両立支援　面談シート　兼　介護支援プラン

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	また、取得・利用の希望時間・時期等を確認してください。該当するものに、○をつけてください。	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		
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	