

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										
	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。															
両立するうえでの課題・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。	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														
利用したい制度・働き方の希望																
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
	人事・総務担当者確認 上司確認 本人確認