

(様式3)

職場復帰支援プラン

(作成日 年 月 日)

所属長	総務部		
	受付	検印	検印

所 属	氏 名	生年月日(年齢)	休職開始日
		年 月 日 ( 歳 )	年 月 日

支 援 内 容				
職場復帰予定日		年 月 日 ( 曜日 )		
復帰先部署		原部署	原部署以外 ( )	
労働時間等	始業・終業	時 分 ~ 時 分		
	1週間の出勤日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		
	時間外労働	不可	1日 ( ) 時間まで可	1ヵ月 ( ) 時間まで可
	上記以外で配慮すべき点	(出張、深夜業務、交替勤務、接客/対人業務)		
	配慮期間	職場復帰の日から ( ) ヵ月間<短時間勤務に係る配慮 ( ) ヵ月間>		
業務内容等	復帰後の業務内容			
	業務の軽減措置内容			
	就業上の留意点			
	配慮期間	職場復帰の日から ( ) ヵ月間 なお、業務については ( ) ヵ月間		
職場復帰支援プランに対する主治医の意見				
本人意思確認予定日 (本支援プラン説明日)		年 月 日 ( 曜日 )	担当者 ( )	
職場復帰最終決定予定日		年 月 日 ( 曜日 )		
職場復帰後のフォローアップ				
①通院治療(予定)	頻度		服薬	( 有 ・ 無 )
②面談(予定)	頻度		面談者	
③勤務状況・業務遂行能力等の再評価を行う時期				( ) ヵ月に1回
本プランの見直し予定日		年 月 日 ( 曜日 )		