

仕事と介護の両立計画

部署: _____ 氏名: _____

		月		火		水		木		金		土		日		特記事項
		本人	要介護者	本人	要介護者	本人	要介護者	本人	要介護者	本人	要介護者	本人	要介護者	本人	要介護者	
深夜	6:00															
早朝																
午前	8:00															
	10:00															
	12:00															
午後	14:00															
	16:00															
	18:00															
夜間	20:00															
	22:00															
深夜	0:00															

週単位以外のサービス		利用したい制度・働き方の希望 (該当するものに○をつけてください。)	当社の制度等	
			①介護休業	⑥所定外労働の制限
			②介護のための短時間勤務制度等	⑦所定労働時間の短縮 ※②で短時間勤務制度以外を措置している企業のみ該当
			③介護休暇	⑧所定労働日数の短縮 ※②で短時間勤務制度以外を措置している企業のみ該当
			④法定時間外労働の制限	⑨まとまった休暇の取得(介護休業以外)
			⑤深夜業の制限	⑩急な休暇の取得の可能性 (有・無)
	⑪その他()			