

不妊治療と仕事との両立支援 面談シート 兼 不妊治療両立支援プラン

対象労働者	所属部署		氏名	
両立支援担当者	所属部署		氏名	

初 回 面 談

不妊治療と仕事を両立するうえでの課題・希望など ※勤務時間の配慮、休暇、出張の可否などの希望を確認し、具体的にご記入ください。	
不妊治療のために通院(予定)している病院名(所在地)	

利用したい制度・働き方の希望など ※該当する制度の番号に○を付け、利用を希望する期間をご記入ください。また、希望時間帯も、可能な範囲でご記入ください。なお、既に通院日が決まっている場合は、通院予定の日もご記入ください。	利用を希望する制度及び利用開始日 (複数利用可)	利用希望の内容・通院予定など	
	1.不妊治療休暇 (年 月 日) ※ 不妊治療を含む多様な目的で利用することができる休暇制度及び利用目的を限定しない休暇制度を含む。労働基準法第39条の規定による年次有給休暇は除く。		
	2.所定外労働制限制度 (年 月 日)		
	3.時差出勤制度 (年 月 日)		
	4.短時間勤務制度 (年 月 日)		
	5.フレックスタイム制 (年 月 日)		
	6.テレワーク (年 月 日)		
業務面で周囲に配慮してほしいことを確認してください。 ※業務の引継ぎについては、本人の意向も踏まえ、「誰に」「いつ」「どうやって」引継ぎをするかなどを決めてください。			
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。			

初回面談	年 月 日	両立支援担当者確認		本人確認	
------	-------	-----------	--	------	--

面談の内容を踏まえ、「支援プラン」を策定

※利用を希望する制度や利用開始日に変更がある場合は、適宜追記してください。

支援プラン	策定日	取組期間	取組内容 ※対象労働者の円滑な制度利用のために、制度利用期間中の業務分担の見直し等の取組内容を必ず記載してください		
	年 月 日	年 月 日 年 月 日			
		両立支援担当者確認		本人確認	

「支援プラン」の実施内容の確認

利用した制度、働き方の実績	
	利用状況

実施確認	年 月 日	両立支援担当者確認		本人確認	
------	-------	-----------	--	------	--