令和　　年　　月　　日

事業場名：

業種：　 　　　　 　　　　　 従業員数：　　　 人

担当者職氏名：

電話番号：

メールアドレス：

治療と仕事の両立支援状況について（応募用紙）

該当する項目に☑又は必要事項を記載してください。

問１　事業場における、労働者の治療と仕事の**両立支援状況**を選択してください。

[ ]  １支援に向けた環境整備を含め、具体的な支援を実施した（環境整備＋支援の実施）。

[ ]  ２環境整備を行ったが、具体的な支援は実施していない（環境整備のみ実施）。

[ ]  ３環境整備を行っていないが、具体的な支援は実施した（支援のみ実施）。

※環境整備と支援の具体的な内容は問３をご参照ください。

問２　**環境整備や支援のきっかけ**を記載してください。

問３　次の中から、**実施した環境整備や支援事項**を選択してください。

**（複数選択可　別添「両立支援の取組一覧」参照）**

**【環境整備事項】** **【支援事項】**

[ ]  １基本方針の表明　　　 　　　　　　　　[ ]  11関係者の連携

[ ]  ２事業場内ルールの作成 　　　　 [ ] 　12両立支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの育成

[ ]  ３研修の実施　　　　　　　　　　　　　　　 [ ] 　13両立支援ﾌﾟﾗﾝ等の策定

[ ]  ４相談窓口の設置（個人情報の保護を含む） 　[ ] 　14就業上の措置

[ ]  ５時間単位の年次有給休暇 　　　　　　　　[ ] 　15周囲の者の負担軽減

[ ]  ６傷病休暇・病気休暇 　　　　　　　　　　 　[ ] 　16その他（概要記載欄）

[ ]  ７時差出勤

[ ]  ８短時間勤務

[ ]  ９テレワーク

[ ]  10試し出勤制度

　（裏面に続く）

問４　問３で選択した事項の**具体的な取組内容**や、取組を行う際に**配慮したこと**を記載してください。

問５　両立支援に取組んでみて、**感じたこと**を記載してください。

以上で質問は終了です。ありがとうございました。

なお、**別添「取組事例等の掲載イメージ」**もご確認ください。