別記様式第4号(第8関係)

復職支援プログラム

復職支援希望職員

配属又は所属

職　　　　名

氏　　　　名

|  |  |
| --- | --- |
| 実施予定期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 週 | 期間 | 復職支援プログラムの目標・内容 |
| 第１週 |  |  |
| 第２週 |  |  |
| 第３週 |  |  |
| 第４週 |  |  |

【記入上の留意点】

・　復職支援プログラム実施期間を延長した場合には，この様式を適宜加工して作成してください。

・　本復職支援プログラム終了時には，フルタイム勤務が可能となることを目標として，復職支援プログラムを作成してください。

上記復職支援プログラムにより復職支援を実施することについて，確認します。

　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　復職支援希望職員

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印