

第 1 号様式（第 5 条第 1 項）

浦安市がん患者就業支援計画書

年 月 日

浦安市長 様

所在地
名称
代表者氏名

浦安市がん患者就業支援奨励金交付規則第 5 条第 1 項の規定により、対象者の支援計画について、次のとおり提出します。

1 事業者の概要

事業者名		業種	
所在地	〒		
担当者所属		担当者氏名	
連絡先	電話番号		
	ファクシミリ番号		
	電子メールアドレス		

2 支援計画書

フリガナ		雇用年月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
勤 務 場 所	勤務先事業所名		
	所 在 地		
業 務 内 容			
本人からの要望（※）			
就業上の措置・治療への配慮等（※）			
特記事項等（※）			

（※）の項目については、雇用後、病状の変化や治療の進捗によって、見直しの必要があれば、改めて、話し合いを行い見直すこと。また、その場合には、本人の同意を得ること。

本支援計画書については、医師の診断・意見等を踏まえて必要な配慮事項について、対象者と話し合いを行い策定したことを証します。

また、本支援計画書に基づき、就業支援について合理的な範囲内で必要な配慮を行います。

年 月 日

(名 称)

(代表者氏名)

Ⓔ

就業に当たり、本支援計画書について話し合いを行い、その内容に同意しました。

年 月 日

(本人署名)

Ⓔ