食品 が含まれている画像

自動的に生成された説明**キャリア支援制度 2026年度用ヒアリングシート**

※センター記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 面談日※ |  | 面談者※ |  |

このヒアリングシートは面談をより有意義なものにするために、あなたの現状とお考えを事前にご記載いただくものです。お聴きする内容をもとに、あなたにとって最善のキャリアプランを一緒に考えさせていただければと存じます。シートは面談までに送付いただくか、面談時にお持ちください。

ご記入が難しい箇所は、空欄のままで構いません。面談の際に、詳しくお話を伺いますのでご安心ください。現時点では決まっていない場合は「未定」とご記入ください。  
（支援制度ご利用期間中、ヒアリングシートをセンターで保管させていただきますことをご了承ください。）

ご記入日　 　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ご所属： | お名前： |

1. **2026年度の目標**

|  |  |
| --- | --- |
| 仕事 |  |
| 生活 |  |

1. **支援体制・ご家族の状況を教えてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ① お子さまの年齢と人数 |  |
| ② 介護負担の有無  介護の対象者との関係  介護の内容 |  |
| ③ 配偶者の有無 | 有　　　・　 　無　　（→ ④へおすすみください。） |
| （配偶者有りの場合のみ回答）  ③-1. 配偶者の職業  　　※医師であれば専門科  　　就業状態（当直有無など） |  |
| （配偶者有りの場合のみ回答）  ③-2. 配偶者の家事分担について  ★現在の家事・育児の分担状況への 満足度についてお答えください。 | **満足　／　やや満足　／　どちらでもない ／　やや不満　／　不満** |
| ④ ご両親（義理のご両親も含めて）は岡山県内ご在住かどうか。  サポートの有無。他の親戚のサポートはあるかどうか。 |  |
| ⑤ ご家族（ご本人、お子さまを含む）の病気の有無、アレルギーや発達障害など |  |

1. **2026年度の勤務状況（予定）を教えてください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 勤務先施設名 | 勤務時間 | 仕事内容（外来・手術・病棟等） |
| 月曜日 |  |  |  |
| 火曜日 |  |  |  |
| 水曜日 |  |  |  |
| 木曜日 |  |  |  |
| 金曜日 |  |  |  |
| 土曜日 |  |  |  |

**外勤先等休む場合の対処はいかがなさっていますか。もしくは、どのようにされるご予定ですか？**

1. **キャリア支援枠は利用年数に限度があります。2026年度から何年間の利用をご希望されますか？**

※**育児**：小学6年までのお子さま1人につき3年間（第2子以降は2年間）、**介護**：3年間が最長の利用期限です。

1. **育児や介護が落ち着いたら、どのような勤務形態で働きたいとお考えですか？**① 常勤（日当直あり）　　　② 常勤（日当直なし）　　　③ 常勤（当直はしないが日直は可）　 　④非常勤（毎日）　　　  
   ⑤ 非常勤（週に数日）　　⑥ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2. **また、どのような領域の仕事に力を入れたいとお考えですか？**① 臨床（専門分野の深化） ② 研究活動 ③ 学生や後進の教育 ④ 病院運営・マネジメント   
   ⑤ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
3. **あなたが仕事をしていく上で、大切にしたいことは何ですか？該当番号を3つまで〇で囲んでください。**① 専門性・技術を高めること ② マネジメント・管理職への挑戦 ③ 安定・安心できる環境で働くこと   
   ④ ワークライフバランスの実現 ⑤ 知的な探求・研究活動 ⑥ 社会貢献・人の役に立つこと   
   ⑦ その他（
4. **ご自身の強みは何だと思いますか。また、今後、伸ばしていきたいスキルや課題だと感じていることは何ですか？**

　）

1. **就業時間と保険や年金の関係についてはご存知ですか。該当番号を○で囲んでください。**
2. 知っている ② 知らない
3. **［該当者のみ］現在お子さまがご利用の保育支援（施設）について教えてください。（複数回答可）**

①　 認可保育園（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） ② 無認可保育園（施設：　　　　　　　　　　　　　　 　　）

1. 幼稚園等 （施設名：　　　　　　　　　　　　 　　　　　） ④ ベビーシッター・ファミサポ利用 ⑤ ご家族等
2. **［該当者のみ］来年度ご利用予定の保育支援等について変更があれば教えてください。（複数回答可）**

①　 認可保育園（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） ② 無認可保育園（施設：　　　　　　　　　　　　　　 　　）

1. 幼稚園等 （施設名：　　　　　　　　　　　　 　　　　　） ④ ベビーシッター・ファミサポ利用 ⑤ ご家族等

**12．MUSCATプロジェクトでは、MUSCATフォーラム開催、岡山大学病院内外においての復職コーディネート、シミュレーショントレーニング、先輩やメンターとの対話の場の提供等、様々な復職支援活動を　行っております。こんな活動があったらもっと助かるのに等、どうぞ忌憚のないご意見をぜひお聴かせください。**

＊MUSCATプロジェクトでは会員の皆様と支え合いの活動をしております。特に、年に一度開催しているMUSCATフォーラムにはぜひご参加くださいますようお願いいたします。他にも、勉強会、講演会などメールでご案内しております。ご都合に合わせてご参加ください。

＊当院での就業時間が20時間以上の場合、雇用保険、厚生年金、健康保険の対象となります。

就業時間が上記に満たない場合は、年金は国民年金、保険は医師国保か国民健康保険、前年度からの任意継続ができる方は任意継続となります。詳細は病院人事担当（内線7009）にご相談ください。

岡山大学病院ダイバーシティ推進センター

Office: 中央診療棟5Fエレベーターホール隣  
　　　　　　　　　　　TEL: 086-235-6835

E-mail:muscat@okayama-u.ac.jp