

ご所属:

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

日

ご記入日

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。

お名前:

(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。)

١.	2026 年度の目標						
	仕事						
	生活						
2.	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						

	勤務先施設名	勤務時間	仕事内容(外来·手術	f·病棟等)			
月曜日							
火曜日							
水曜日							
木曜日							
金曜日							
土曜日							
卜勤先等位	└────────────────────────────────────	かがなさっています		 ご予定ですか?			
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	望されますか?			
有児:小学 6 年までのお子さま 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							
一一			,	X X V/TIMATIK			
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?				
D 堂勤 (口当直なり) ② 党	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)			
_				少作中到(4月)			
5)非常勤	り(週に数日) ⑥ そ <i>0</i>)他()				
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?				
〕 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・マネシ	ジメント			
5) その他	()				
عاره) و			,				
あなたがイ	仕事をしていく上で、	大切にしたいことはイ	何ですか?該当番号を 3 つまで○で囲	目んでください。			
	職への挑戦 ③ 安定・安心できる環境						
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							
	. (
⑦ その他	' \						
⑦ その他							
⑦ その他 ご自身の !		けか。また、今後、伸し	ずしていきたいスキルや課題だと感じて	ていることは何て			
		けか。また、今後、伸り	ずしていきたいスキルや課題だと感じて	ていることは何て			
		けか。また、今後、伸し	ずしていきたいスキルや課題だと感じて	ていることは何て			
		けか。また、今後、伸し	ずしていきたいスキルや課題だと感じて	ていることは何て			
		けか。また、今後、伸し	ずしていきたいスキルや課題だと感じて	ていることは何て			
ご自身の	強みは何だと思います						
ご自身の意	強みは何だと思います と保険や年金の関係	についてはご存知	ばしていきたいスキルや課題だと感じて ですか。該当番号を○で囲んでくだ				
ご自身の	強みは何だと思います と保険や年金の関係	についてはご存知					
ご自身の 就業時間 知って	強みは何だと思います と保険や年金の関係 いる ② 知	に ついてはご存知 らない	ですか。該当番号を○で囲んでくだ	さい。			
ご自身の 就業時間 知って [該	強みは何だと思います と保険や年金の関係 いる ② 知 当者のみ] 現在お子	についてはご存知 らない さまがご利用の保	ですか。該当番号を○で囲んでくだ 育支援(施設)について教えてくだ	さい。			
ご自身の 就業時間 知って [該	強みは何だと思います と保険や年金の関係 いる ② 知	に ついてはご存知 らない	ですか。該当番号を○で囲んでくだ	さい。			
ご自身の 就業時間 で 認可	強みは何だと思います と保険や年金の関係 いる ② 知 当者のみ] 現在お子	についてはご存知 らない さまがご利用の保	ですか。該当番号を○で囲んでくだ 育支援(施設)について教えてくだ	`さい。 `さい。(複数回			
ご自身の 就業 知 [i 可	強みは何だと思います と保険や年金の関係 いる ② 知る 当者のみ] 現在お子 発育園(施設名: 園等(施設名:	についてはご存知 らない さまがご利用の保))	ですか。該当番号を○で囲んでくだ 育支援(施設)について教えてくだ ② 無認可保育園(施設: ④ ベビーシッター・ファミサポ利用	`さい。 `さい。(複数回 ⑤ ご家族等			
だ 自身の 説	強みは何だと思います と保険や年金の関係 いる ② 知る 当者のみ] 現在お子 で育園(施設名: 園等 (施設名: 当者のみ]来年度ご	についてはご存知 うない さまがご利用の保))))))	ですか。該当番号を○で囲んでくだ 育支援(施設)について教えてくだ ② 無認可保育園(施設: ④ ベビーシッター・ファミサポ利用 爰等について変更があれば教えてくた	`さい。 `さい。(複数回 ⑤ ご家族等			
だ自身の 業知 に該 保	強みは何だと思います と保険や年金の関係 いる ② 知る 当者のみ] 現在お子 発育園(施設名: 園等(施設名:	についてはご存知 らない さまがご利用の保))	ですか。該当番号を○で囲んでくだ 育支援(施設)について教えてくだ ② 無認可保育園(施設: ④ ベビーシッター・ファミサポ利用 爰等について変更があれば教えてくた	`さい。 `さい。(複数回 ⑤ ご家族等			

*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