

(参考様式)

- ・下記の設問例を参考に、各企業において適宜設定してください。
- ・本調査は助成事業の取組事項の2～7に取り組む前に実施してください。
- ・調査の実施状況については実績報告書別紙1にてご報告いただきます。実際に回答した調査票をご提出いただく必要はありませんが、必要に応じ提出をお願いする場合があります。

卵子凍結の概要と当社における支援制度に関する理解度チェックリスト

チェック項目	○ ×
【卵子凍結の概要について】	
卵子凍結で行う医療行為の内容について理解できましたか。	
卵子凍結に必要な通院頻度について理解できましたか。	
卵子凍結における身体的負担、精神的負担、経済的負担について理解できましたか。	
卵子凍結は会社や周囲が勧めるものではなく、あくまでも本人が自身のライフ・キャリアプランを考えたときに、自分の意思で選択するものであることについて理解できましたか。	
【当社の社内相談体制の整備について】	
当社に、卵子凍結に関する社内相談員が配置されたことを理解できましたか。	
当社における社内相談員は_____さん、_____さんであることを理解できましたか。	
社内相談員への相談方法（いつ、どのように）は理解できましたか。	
【当社における卵子凍結のための休暇制度について】	
卵子凍結のための休暇制度がどのようなときに利用できるか理解できましたか。	
卵子凍結のための休暇制度が有給か無給か理解できましたか。	
卵子凍結のための休暇制度を取得できる対象者・日数・申請方法等を理解できましたか。	
【当社における卵子凍結のためのテレワーク制度等の整備について】	
卵子凍結を理由として_____制度が利用できることを理解できましたか。	
_____制度利用時の労働条件を理解できましたか。	
【当社における卵子凍結のための福利厚生制度の整備について】	
卵子凍結のための福利厚生制度がどのような場合に利用できるか理解できましたか。	
卵子凍結のための福利厚生制度を利用できる対象者・対象項目(費用)・申請方法等を理解できましたか。	
卵子凍結のための福利厚生制度を利用する場合は東京都の登録医療機関を利用する必要があることを理解できましたか。	

(自由意見欄)

--