配　慮　事　項　等　確　認　票

<u>※必ず受験者本人が手書きで記入してください（パソコン等の使用不可）。</u>

岩手県人事委員会事務局

記入日：　　　　　年　　月　　日

試験の種類・職種区分	受験番号	氏　名	生年月日
			昭和 　　　　年　　月　　日 平成

問　現在のあなたの心身の状況についてお聞きします。

・　現在、具合の悪いところや治療中の病気・怪我等はありますか。（該当する番号を○で囲んでください。）

［　１　具合の悪いところや治療中の病気・怪我等はない　・　　２　具合の悪いところや治療中の病気・怪我等がある　］

・　具合が悪いところや治療中の病気・怪我等がある場合、どのような症状か、記入して下さい。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・　上記の記載を踏まえ、採用になった場合に配慮して欲しいこと等がありましたら、何でも結構ですので自由に記入して下さい。（答えられる範囲で結構です。）

⑴　仕事をする上で配慮して欲しいこと。（例えば、階段の登り降りに不安があり、エレベーターが設置された公署を希望する等。）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑵　通勤をする上で配慮して欲しいこと。（例えば、自家用車での通勤が可能な公所を希望する等。）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑶　その他（例えば、超過勤務や勤務時間等で配慮してほしいこと。不安に思うこと。）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）