

配 慮 事 項 等 確 認 票

※必ず受験者本人が記入してください（パソコン等の使用可）。

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
			平成 年 月 日

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。）

- (1) 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。）

- (2) 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。）

- (3) 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。）