※提出前に【ご自身の控え用】として、コピーをとっておくことをおすすめします。

～所属の服務管理者（副課長、事務次長等）の方へ～
採用後は速やかに、本合理的配慮申出シートおよび合理的配慮指針（厚生労働省告示第 117 号）に基づき、具体的に講ずべき措置について**職員と十分に話し合いを行っていただくようお願いいたします。**

合理的配慮申出シート（新規採用職員向け）

記載日	令和　年　月　日
受験番号	
氏名	

このシートは、障害や難病、その他の心身の不調等に関する状況や、希望される配慮について正確に把握し、職場における配慮や調整を検討するために作成をお願いするものです。
記載いただいた情報は厳重に管理し、ご本人の同意をいただいた範囲内で、任命権者の人事担当者、職場の上司、同僚、職場支援員（業務上の補助者）および研修関係者に共有させていただきます。
本シートの趣旨をご理解いただき、できるだけ具体的にご記載ください。
なお、現時点で配慮事項がない場合は本シートの提出は不要ですが、必要となった際にはいつでも提出することができます。

第1 開示範囲と職場支援員の指名について

1 障害や難病、その他の心身の不調等及び配慮内容の開示範囲（複数選択可）

☐ 上司（人事担当）　☐ 上司（業務担当）　☐ 職場支援員　☐ 同僚
☐ その他（下欄に記載してください）　☐ 開示しない

＜その他、開示にあたって具体的な範囲（役職や職員氏名等）や希望があれば記載＞

2 職場支援員（補助者）の指名を希望しますか。

☐ 希望する
☐ 希望しない

※職場支援員とは、障害や難病のある職員からの希望により、所属長が、所属内の職員（上司・同僚）の中から指名し、安心して職務に取り組むことができるよう、仕事や職業生活に関する指導・助言等をする役割です。

第2 障害の状況について

1 障害の種別について（障害等級・障害の内容）

☐ 身体障害（　　）
☐ 知的障害（　　）
☐ 精神障害（　　）
☐ そ の 他（　　）

2 障害の特性について（できること・苦手なこと等）

（　　）

3 通院や体調の状況について

（1） 定期通院していますか。

□ している （　月　回）

□ していない

（2） どちらの病院ですか。（病院名、所在地、交通手段）

病院名（　　）

所在地（　　）

交通手段（　　）

（3） 通院には、どのくらいの時間がかかりますか。

移動及び診察に係る所要時間 （　時間　分）

曜日・時間帯（　　）

（4） 発作が起きることがありますか。

□ ある 頻度、発作時の状況、周囲に求める対処

（　　）

□ ない

（5） 服薬はしていますか。

□ している （自動車運転 可 ・ 否 ）内容（　　）

□ していない

（6）医師から特に止められていることはありますか。

□ ある（具体的に　　）

□ ない

（7）普段の生活や仕事をする上で、心配なことはありますか。

□ ある（具体的に　　）

□ ない

（8）体調に関して心配なことや伝えておくことがあれば記載してください。

（　　）

第3 希望する配慮について

1 通勤にあたっての配慮について

（1） 採用後はどこに居住する予定ですか。

現住所 ・ 転居予定（ 月頃 市町村）

（2） 最寄りの駅までの交通手段は何ですか。

徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 自家用車 オートバイ ・ その他

（3）配属エリア、通勤時間、乗り換え回数等の希望がありますか。

□ ある

（具体的に ）

□ ない

（4）通勤が難しいのはどのような条件ですか

例：駐車場・エレベーター等がない、車通勤不可、駅やバス停から遠い、満員電車は避けたい等

（ ）

（5）時差出勤制度やフレックスタイム制の利用を希望しますか。

朝型Ⅰ（7:30～16:15）、朝型Ⅱ（8:00～16:45）、早出（8:15～17:00）
遅出 B（9:00～17:45）、遅出 C（9:30～18:15）、
フレックスタイム（ ）

※所属や業務内容によって、制度が利用できない場合があります。

□ 希望する
□ 希望しない
□ 未定

---

2 職務を行う際に必要な配慮について

（1）職務を行う際に必要な配慮はどのようなものですか。

職務内容は、受験案内の職務内容欄に記載されているとおりです。一般行政職の場合、庶務・経理、企画・立案、調査、指導、折衝等の一般行政事務に従事していただきます。

例：席の配置、職場環境、職務内容、業務量、業務の難易度、指示・手順の示し方、服装、対人対応、電話対応、休憩時間、支援機器の導入、業務を補助する者の配置等

（ ）

（2）職務を行う上で、活用したい資格や経験のある業務はありますか。

（ ）

(3)職務を行う上で、苦手な分野はありますか。
（　　）

(4)休憩時間(12:00～13:00)の短縮や分割を希望しますか。
□ 希望する（ 短縮 ・ 分割 ）
□ 希望しない
※休憩時間の柔軟化制度あり(11:00～14:00)
※所属や業務内容によって、制度が利用できない場合があります。

(5)上司や職場支援員(補助者)との定期的な面談を希望しますか。
□ 希望する　　希望する面談頻度(　　)
□ 希望しない

(6)障害福祉支援機関の就労定着支援制度を利用する予定がありますか。
□ ある
（事業所名・連絡先・担当者　　）
職場訪問の予定　□ あり（　月　　回程度）
□ なし
□ ない

(7)障害者職業センターの職業評価を受けたことがありますか。
□ ある
□ ない

(8)((7)ある場合、)結果の写しを提出することは可能ですか。
□ 可能 → このシートと一緒に写しを提出してください。
□ 不可能

---

3 新規採用研修について(職員能力開発センターによる研修)

新規採用職員は、全員「新採職員研修」(前期(4 月)、後期(10～11 月))を受講します。内容は、県職員として必要な基礎知識等を学ぶもので、主に講義形式ですが、科目によってはグループワークや人前での発表を行う場合があります。また、少人数での課外学習等を実施する場合もあります

※研修は、社会情勢(災害、感染症流行等)の影響により、時期や日数に変更が生じる可能性があります。

(1)研修の受講にあたり必要な配慮はどのようなことですか。
□ 配慮希望あり　　□配慮希望なし
↓

□ 研修時の支援員(研修中に困ったこと等の相談窓口となる職員)を配置してほしい
□ 座席の指定(希望する位置　　)
□ 点字資料
□ 拡大資料
□ 手話通訳
□ 全体の前で発表することは避けたい
□ 休憩場所を確保してほしい
□ その他(　　)

(2)研修の運営(日程の割り振り等を含む)に当たり、職員能力開発センターに対し、あなたの氏名、障害種別・等級・内容、研修中に必要な配慮の有無およびその内容を提供する予定です。

職員能力開発センターの職員以外への情報提供について、どの範囲まで希望しますか。

□ 研修委託業者の社員(研修の実務担当)
□ 研修講師(外部講師、県職員)
□ 課外学習先の職員
□ 他の研修生
□ 開示を希望しない

その他、職場の上司・同僚に知っておいてほしいこと等があれば自由に記載してください。

質問は以上です。

ご協力いただき、ありがとうございました。

今後実施する意向確認において、人事担当者が記載内容の確認をさせていただく予定です。また、採用後は、配属された職場において、本合理的配慮申出シートに基づき、具体的に講ずべき措置について話し合いを行うこととしています。