千葉県国民健康保険団体連合会 受験上の配慮申請書【令和8年度新規採用】

私は、千葉県国民健康保険団体連合会の採用選考の受験に際して、本頁に記載の[本申請にあたっての留意事項]をすべて了承した上で、以下の【1】【2】のとおり受験上の配慮を申請します。

【1】申請者基本情報

※下記「申請者本人氏名」欄は、本書記入者が「②申請者本人以外」の場合でも、申請者本人が記入すること。配慮事項として解答用紙の大きさ等を検討する際に参考とします。

本書記入者 (※○をつける)	①申請者本人	本書記入日	令和 7年 月 日
	②申請者本人以外 (続柄:)	申請者生年月日	平成 年 月 日
申請者本人氏名	フリガナ		
出身学校名			
住所	〒 -		
電話番号 (太枠:昼間に確実に つながる、いずれかの 番号に○をつける)	①本人携帯電話	-	-
	②自宅もしくは 保護者携帯電話	-	-
メールアドレス	①本人		@
	②保護者		@

[本申請にあたっての留意事項]

■千葉県国民健康保険団体連合会における合理的配慮とは

本会における合理的配慮とは、採用選考および評価基準を変えず、本会に過度な負担のない範囲で、障がい等による社会的障壁を取り除くことを指します。配慮にあたっては、本人との対話を通して個別に検討します。「他の受験者に多大な影響を及ぼす」「採用選考を安全に運営できない」と本会が判断した場合には、対応できない場合があります。

【2】配慮申請の背景に関する情報 ※記入欄に収まらない場合は、別紙(A4 版・任意)を使用してください。

障がいの名称 または病名 ※後半の表は該当する 内容の□に✓(複数に 該当する場合は、すべ てに✓)	視覚障がい	聴覚障がい	肢体不自由	精神・ 発達障がい	病気・病弱 (一過性のものを 含む)	その他 (一過性のものを 含む)
	□	□	□	□	□	□
障がいまたは 症状の程度						
受験時に希望する 配慮事項の内容 ※「個室希望」の有無等 できる限り具体的に記載して ください。 (原則として別室は個室と はしません。)						
日常生活の状況、 およびこれまでの 学校生活の状況 ※特に試験時や授業時						

※ 本用紙は提出前に必ず、両面ともコピーをとり、申請者本人がコピーを大切に保管してください。

※ 本申請書に記載された個人情報、受験上の合理的配慮の検討および採用試験実施のために利用します。

* 本会総務課使用欄(申請者は記入しないこと)

障害者手帳		診断書	
-------	--	-----	--

★採用選考における受験上の配慮申請手続き

申請方法

- ・申請書に必要事項を記載し、必要書類とともに本会に郵送してください。

必要書類

- ・申請書
- ・障害者手帳のコピー(手帳を所持している場合)、もしくは診断書のコピー(直近3ヶ月以内のもの)

お問い合わせ・申請先
 千葉県国民健康保険団体連合会 総務課
 書類の郵送先: 〒263-8566 千葉県千葉市稲毛区天台6-4-3
 電話でのお問い合わせ: 043-254-7318