提出先：kenshu-leaf@pref.hiroshima.lg.jp

電話：082-247-8221　FAX：082-247-8230



ひろしま自治人材開発機構

広島県自治総合研修センター

提出日：　　年　月　日

**研修受講上の配慮の希望について**

* 研修の受講にあたって障害・疾病等により支障がある場合は，下記の項目に必要事項を記入のうえ，**原則，研修開始日の１か月前までに**広島県自治総合研修センターへ提出してください。
* 提出者は，受講者本人・所属のどちらでもかまいません。
* 研修準備のため，詳細について直接受講者本人や所属へ確認を取らせていただく場合があります。
* この記載内容は，原則，受講者本人所属の研修担当課と上司が承知しているものとします。そうでない場合，必ずその旨と理由を「その他」欄に記入してください。
* 配慮希望に対して十分対応しきれない場合があることを，予め御了承ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出者 | 所属 | |  | | |
| 氏名 | |  | 受講者との関係 | 例）研修担当課  本人 上司　等 |
| 電話 | |  | | |
| Email | |  | | |
| 参加する研修名・ 回次及び開催日 | | | 研修名：　　　　　　　　　　　回次：  開催日：　　年　　月　　日（　）～　　日（　） | | |
| 受講者 | | 所属 | 例）○○市○○課 | | |
| 氏名 |  | | |
| 所属(上司)  市町の場合は， 原則研修担当課 | | 所属 |  | | |
| 職名 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 支障が生じる状況について  具体的に書いてください。 | | | 例）  ・下肢不自由のため車椅子移動  ・中等度難聴で普通の会話でよく不自由を感じる  ・弱視で前方のホワイトボードや12pt以下の文字が読めない  ・パニック障害で特に初対面の人と長く会話するのが困難  ・妊娠中で悪阻症状（嘔吐）がある　等 | | |
| 具体的な配慮希望について | | | 例）  ・席の位置を○○にしてほしい ・テキストをＡ３に拡大してほしい ・要約筆記者（手話通訳者）を手配してほしい ・移動の際，サポートが必要である  ・グループワークへの参加について相談したい　等 | | |
| その他  研修内容についての質問  や備考等がありましたら，  自由に記入してください。 | | |  | | |