

身心障礙應考人應考服務申請表(初試)

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證字號				電話	行動電話
通訊處				緊急聯絡人	姓名
					電話
					行動電話
身心障礙證明	證明字號： 障礙類別： 障礙等級： 重新鑑定日期：			障礙情形	<input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙： <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 肢體障礙： 障礙部位 <input type="checkbox"/> 上肢單側慣用手 <input type="checkbox"/> 上肢單側非慣用手 <input type="checkbox"/> 上肢雙手 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 其他障礙(說明需求): _____
申請服務項目	<input type="checkbox"/> 輔助設備(應考人自備，需經檢查後使用) <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 輔具(含助聽器) <input type="checkbox"/> 醫療器材 <input type="checkbox"/> 延長作答時間(由休息時間扣除) <input type="checkbox"/> 放大試卷 <input type="checkbox"/> 代讀試卷(由監試人員代讀) <input type="checkbox"/> 重繕或代劃答案卡 <input type="checkbox"/> 說明規則及特別提醒 <input type="checkbox"/> 安排在一樓或設有電梯之試場 <input type="checkbox"/> 特殊桌椅(請說明所需設備及規格): _____				
繳驗證件	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明繳交影本正反兩面(須在有效期限內) <input type="checkbox"/> 身心障礙鑑定醫療機構診斷證明(開具日期為民國113年1月22日(星期一)之後)				
准考證號碼		審查小組	(簽章)	審查小組認定結果	<input type="checkbox"/> 查符 <input type="checkbox"/> 不通過