

113 學年度科技校院二年制統一入學測驗

突發傷病考生應考服務申請表

| | | | |
|--|---|---|---|
| 考生姓名 | | 准考證號碼 | |
| 考生 聯絡電話 | 電話：() 手機： | 聯絡人及 聯絡電話 | 姓名： _____ 關係： 電話：() 手機： |
| 身分證 統一編號 | | 身心障礙 類別 | <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 病情簡述 (須檢附醫院 診斷證明) | | | |
| 申請應考服務項目(請勾選或於其他欄位加註說明需求內容) | | | |
| 一般應考 服務 | <input type="checkbox"/> 優先進入試場。 <input type="checkbox"/> 試場安排於原考區低樓層或有電梯之試場或便於應試之座位考試。 <input type="checkbox"/> 協助上下樓梯等行動服務。 <input type="checkbox"/> 宣布事項以書面大字提醒或寫在黑板上。 <input type="checkbox"/> 監試人員協助翻頁或其他不影響考試公平之服務。 | | |
| 特殊試題 呈現方式 | <input type="checkbox"/> 提供放大為 A3 之試題本。(請檢附醫院開立視覺功能受影響之證明) | | |
| 特殊作答 方式 | <input type="checkbox"/> 選擇題以 A4 答案紙作答(由試務人員代謄)。 | | |
| 輔 具 | 考生自備 | <input type="checkbox"/> 助聽器/人工電子耳(廠牌：_____、型號：_____) <input type="checkbox"/> FM 調頻、藍芽功能： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| | 考區準備 | <input type="checkbox"/> 特殊桌椅(桌子長×寬×高約：____×____×____cm；椅子高約：____cm)。 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| ※其他補充說明：(考生因治療需要或身心因素須於應考過程中服用藥物、使用吸入型藥物或針劑等，請敘明) | | | |
| ※申請突發傷病應考服務考生之健康紀錄及相關紀錄(如：診斷證明書等)僅供本會審查、提供應考服務之依據， 不作為其他用途。 | | | |
| 考生親筆簽名：_____ | | 監護人簽名：_____ | |
| (無法親筆簽名者，由其監護人代簽並註明原因) | | | |

證明文件之影印本，請以迴紋針固定，附在本申請表背面

(接下頁)

(續上頁)

說明：

- 一、本會將依考生申請之應考服務項目及相關證明文件進行審查，依審查會議結果提供應考服務，但本項服務並不具有任何成績加分功能。
- 二、請檢附相關證明文件連同本表，於「突發傷病考生應考服務要點」(第9頁)規定之申請期限內，以**限時掛號(以郵戳為憑)**寄至本會「640303 雲林縣斗六市大學路3段123-5號 財團法人技專校院入學測驗中心基金會試務組收」。
- 三、診斷證明書空白表格可至本會網站(<https://www.tcte.edu.tw>)下載。
- 四、申請期限內相關諮詢請於上班時間上午9時至下午5時洽本會試務組(洽詢電話:05-537-9000 轉300、600);113年4月25日(星期四)至113年4月28日(星期日)得向所屬考區洽辦。

(以下欄位由本會填寫)

| 聯絡紀錄 |
|------------|
| (時間/對象/內容) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

初審：_____ 複審：_____