

中華民國商業職業教育學會第 45 屆會計能力測驗 身心障礙考生申請協助需求表

考生基本資料	試場編號：	參加證號碼：
	姓名：	身分證號碼：
	就讀學校：	科 別：
	班級座號：	年 班 號
	聯絡電話：(H)	(手機)
	級別： <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級	
	身障狀況： <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 學障 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 其他_____	
請依實際需求勾選	需協助項目(請勾選)	黏貼身心障礙手冊 (正面影本)
	1、 <input type="checkbox"/> 申請延長學科測驗時間 20 分鐘 2、 <input type="checkbox"/> 申請延長術科測驗時間 20% 3、 <input type="checkbox"/> 申請使用放大試題 4、 <input type="checkbox"/> 申請直接於試題作答 5、 <input type="checkbox"/> 安排 1 樓試場(或適宜之試場) 6、 <input type="checkbox"/> 需使用自備之：_____ 7、 <input type="checkbox"/> 其他需求：_____	

審核人簽章：_____

填表注意事項：

- 1、申請者應黏貼身心障礙手冊影本，未黏貼者視同一般考生，歎難提供特殊協助。
- 2、如需使用自備之輪椅、特製桌椅、助聽器或其他醫療器材應試者，請於申請表上註明。