

## 114 學年度科技校院四年制與專科學校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	選擇題	<input type="checkbox"/> 選擇題以 A4 答案紙作答(由試務人員代騰)。	
	非選擇題	<input type="checkbox"/> 非選擇題以放大成 A3 答案紙作答【不含設計群專業科目(二)】(試務人員不代騰)。 <input type="checkbox"/> 國文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 外語群英語類專業科目(二)英文閱讀與寫作	
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 13 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)；114 年 4 月 24 日(星期四)起至 114 年 4 月 27 日(星期日)止得向所屬考區洽辦。

(以下欄位由本會填寫)

聯絡紀錄	
(時間/對象/內容)	

初審：\_\_\_\_\_ 複審：\_\_\_\_\_