

收件編號：

109 學年度

身心障礙及重大傷病考生應考服務審查結果複審申請表

年 月 日

考 試 別	<input type="checkbox"/> 高中英語聽力測驗 <input type="checkbox"/> 學科能力測驗 <input type="checkbox"/> 指定科目考試		
應 試 號 碼			考 生 姓 名
聯 絡 人		連 絡 電 話	手機： 住家：
複 審 通 知 收 件 地 址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
申請複審內容(請勾選項目)		複審結果(請勿填寫)	
<input type="checkbox"/> 延長考試時間/延長各題作答時間 <input type="checkbox"/> 特殊作答方式_答案卡 <input type="checkbox"/> 特殊作答方式_答案卷 <input type="checkbox"/> 其他			
理由(請詳述)			
附件			
<input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 其他			

注意事項：

1. 複審申請受理時間如下，逾期不予受理。

考試名稱	審查結果通知 寄發日期	複審申請截止
高中英語聽力測驗 (第一次考試)	108 年 09 月 26 日	108 年 10 月 03 日
高中英語聽力測驗 (第二次考試)		108 年 11 月 28 日
學科能力測驗	108 年 12 月 19 日	108 年 12 月 25 日
指定科目考試	109 年 06 月 10 日	109 年 06 月 15 日

2. 申請複審應於各項考試複審申請截止日期前，以限時掛號郵寄至本中心「10673 臺北市大安區舟山路 237 號」，逾期不予受理（郵戳或其他等同有效的寄件憑證為憑）。信封上請註明「申請複審」字樣。

3. 填妥本申請表可先傳真至 02-23661365；並請於傳真 10 分鐘後以電話聯繫確認收到，電話：02-23661416 轉 610。