

# 109 學年度學科能力測驗 突發傷病考生應考服務申請表

考生個人資料蒐集、處理及利用，請參照 109 學年度考試簡章附錄五：「財團法人大學入學考試中心基金會大學入學考試中心測驗服務之個人資料蒐集、處理及利用告知事項」。

考生姓名：

身分證號：

應試號碼		考區	
聯絡人		聯絡電話	關係： 電話： 行動電話：
病情簡述 <small>(須附醫院診斷證明)</small>	種類： <input type="checkbox"/> 下肢障礙 <input type="checkbox"/> 慣用手障礙 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申請服務項目 (請勾選)			
<input type="checkbox"/> 1. 優先進入試場。 <input type="checkbox"/> 2. 協助上下樓梯等行動服務。 <input type="checkbox"/> 3. 安排至同一分區之低樓層試場應試。 <input type="checkbox"/> 4. 安排方便應試之座位考試。 <input type="checkbox"/> 5. 安排於考生人數較少之試場應試。 <input type="checkbox"/> 6. 使用特製桌椅等便於考生應試之其他輔具或個人醫療器材。 <input type="checkbox"/> 7. 使用 A4 代用答案卡。 <input type="checkbox"/> 8. 使用放大為 A3 紙本試題。 <input type="checkbox"/> 9. 監試人員協助翻頁或其他不影響考試公平之服務。			
需要考區 準備輔具	<input type="checkbox"/> 特製桌子：長×寬×高：_____cm×_____cm×_____cm <input type="checkbox"/> 特製椅子：長×寬×高：_____cm×_____cm×_____cm <input type="checkbox"/> 其他：		
考生自行 準備輔具	<input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 其他：		
其他項目 (補充說明)			

各考區逕行受理時間
109 年 1 月 15 日以後

考生親自簽名：\_\_\_\_\_

(無法親自簽名者由其監護人代簽並註明原因)

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※請參考本中心公告「試場分配表」之「考區聯絡資訊」，逕自向考區聯繫。