

收件編號：

114 學年度高中英語聽力測驗

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

身分證字號 / 居留證號		考生姓名	
聯絡人 <small>※可由集體報名單位或個別考生家長提出申請，請填寫申請者之聯絡資訊。</small>		聯絡電話 <small>※可由集體報名單位或個別考生家長提出申請，請填寫申請者之聯絡資訊。</small>	手機： 住家/辦公室：
通訊地址			
申請複審內容(請勾選項目)		複審結果(請勿填寫)	
<input type="checkbox"/> 延長各題作答時間(以不超過各題原作答時間之 1.5 倍為原則) <input type="checkbox"/> 特殊試題： _____ <input type="checkbox"/> 特殊作答： _____ <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 <input type="checkbox"/> 特殊應考服務需求考生個資蒐集同意書			

注意事項：

1. 複審申請受理時間如下，逾期不予受理（郵戳或其他等同有效的寄件憑證為憑）。

考試名稱	審查結果通知網路查詢	複審申請截止
高中英語聽力測驗（第一次考試）	113 年 10 月 04 日(五)	113 年 10 月 09 日(三)
高中英語聽力測驗（第二次考試）	113 年 11 月 26 日(二)	113 年 11 月 28 日(四)

2. 考生申請複審，須有新事證或新病況且與原提供審查資料不同（檢附醫療診斷或相關證明文件），申請時須以書面提出，複審以一次為限，以限時掛號郵寄至本會（106032 臺北市大安區舟山路 237 號），信封上註明「申請複審」字樣。

3. 填妥本申請表須先傳真至 02-23661365；傳真後請於上班日上午 8:00 至下午 5:00 間，以電話聯繫確認本會收到，電話：02-23661416 轉 608。