

收件編號：

115 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 ※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。		聯絡電話 ※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。	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)
☐ 延長考試時間(以不超過各題原作答時間之 1.5 倍為原則) ☐ 特殊試題：_____ ☐ 特殊作答：_____ ☐ 其他：_____			
理由(請詳述)			
附件			
☐ 診斷證明書 ☐ 其他 ☐ 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：**114 年 10 月 3 日（五）至 114 年 10 月 8 日（三）止**，逾期不予受理（郵戳或其他等同有效的寄件憑證為憑）。
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；並於傳真 10 分鐘後以電話聯繫確認收到，電話：**02-23661416 轉 608。**