附表二

收件編號：_____
(本欄由本會填寫)

116 學年度科技校院二年制統一入學測驗

突 發 傷 病 考 生 應 考 服 務 申 請 表

<table>
<tr><td>考生姓名</td><td colspan="3"></td><td>准考證號碼</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>考生
聯絡電話</td><td colspan="3">電話：(　)
手機：</td><td>聯絡人及
聯絡電話</td><td colspan="3">姓名：　　關係：
電話：(　)
手機：</td></tr>
<tr><td>身分證
統一編號</td><td colspan="3"></td><td>類　別</td><td colspan="3">☐突發傷病：
☐身心障礙：☐肢障 ☐視障 ☐聽障 ☐其他_____</td></tr>
<tr><td>病情簡述
(須檢附醫院診斷證明)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="7">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)</td></tr>
<tr><td>一般應考服務</td><td colspan="6">☐優先進入試場
☐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
☐協助上下樓梯等行動服務
☐宣布事項以書面大字提醒或寫在黑板上
☐監試人員協助翻頁或其他不影響考試公平之服務</td></tr>
<tr><td>特殊試題呈現方式</td><td colspan="6">☐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)</td></tr>
<tr><td>特殊作答方式</td><td colspan="6">☐選擇題以 A4 答案紙作答(由試務人員代謄)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">輔具</td><td rowspan="3">考生自備</td><td rowspan="3">聽覺項目</td><td colspan="4">左耳：☐助聽器　☐電子耳，廠牌：_____、型號：_____
具搭配遠距聽覺輔具功能 ☐有 ☐無</td></tr>
<tr><td colspan="4">右耳：☐助聽器　☐電子耳，廠牌：_____、型號：_____
具搭配遠距聽覺輔具功能 ☐有 ☐無</td></tr>
<tr><td colspan="4">※具遠距聽覺輔具功能(如 FM 調頻、遠端麥克風等)者，每節考試時須關閉傳輸收發功能</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐輪椅 ☐助行器 ☐擴視機 ☐放大鏡 ☐其他：_____</td></tr>
<tr><td>考區準備</td><td colspan="4">☐特殊桌椅(桌子長×寬×高約：____×____×____cm；椅子高約：____cm)
☐其他：_____</td></tr>
<tr><td colspan="7">※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)</td></tr>
</table>

※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 9 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)；116 年 4 月 22 日(星期四)起至 116 年 4 月 25 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：＿＿＿＿＿＿＿＿