

臺北市立成淵高中突發傷病考生應考服務申請表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證統一編號：					
通訊處	市(縣) 區(市、鄉、(鎮))			電話	()
	(村、里) 鄰			緊急聯絡人	
	路(街) 段 巷 弄			聯絡電話	
	號 樓			行動電話	
班級		座號		導師姓名	
申請原因					
	申請科目	<input type="checkbox"/> 全科 <input type="checkbox"/> 部分科別：_____ (請填寫服務考試科目)			
	服務項目	<input type="checkbox"/> 延長作答時間 20 分鐘 (休息時間相對減少) <input type="checkbox"/> 使用電腦打字 <input type="checkbox"/> 抽離試場應試 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請詳細說明)			
繳驗證件	<input type="checkbox"/> 特殊考生之相關醫療診斷證明正本				
考生簽章		導師簽名		審查小組 承辦人核章	
家長或監護人簽名		輔導老師簽名		審查小組認定結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
審查小組說明					

註：試務人員將依據考生障礙類別，提供必要的提醒服務。