

新北市立國民中學 115 學年度教師聯合甄選

身心障礙、重大傷病、突發傷病或懷孕等應考人應考服務申請表（複試）

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
通訊處				電話	()
				緊急聯絡人	
				聯絡電話	
				行動電話	
				E-mail 信箱	
身心障礙證明	障礙類別： 障礙等級： 重新鑑定日期：			障礙類別	<input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙：(<input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 弱視) <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢單側慣用手 <input type="checkbox"/> 上肢單側非慣用手 <input type="checkbox"/> 上肢雙手 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 其他障礙／傷病（說明需求）：_____
申請服務項目	<input type="checkbox"/> 陪考人員陪同進入考場，原因：_____ <input type="checkbox"/> 輔助設備（應考人自備，需經檢查後使用）： <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 醫療器材 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 安排在一樓或設有電梯之試場 <input type="checkbox"/> 特殊桌椅（請說明所需設備及規格）：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ _____				
繳驗證件	<input type="checkbox"/> 有效期限內之身心障礙證明（繳交影本正反兩面） <input type="checkbox"/> 相關醫療證明（重大傷病或突發傷病應考人檢附） <input type="checkbox"/> 陪考人員之身分證件（繳交影本正反兩面） <input type="checkbox"/> 孕婦健康手冊影本				
准考證號碼	號	審查小組 承辦人		審查小組 認定結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
			(簽章)		

※申請人應於複試報名期間，將本表上傳至報名系統，逾期將無法受理特殊應考服務。