

第 11 學年度-第 學期

新生醫護管理專科學校特殊需求學生考試服務申請表

填寫日期：_____年_____月_____日

備註：請於期中或期末考三週之前提出申請

申請者姓名		科別班級		障礙類別	
考試類別： <input type="checkbox"/> 期中考； <input type="checkbox"/> 期末考； <input type="checkbox"/> 其他_____					
方式： <input type="checkbox"/> 個別考場（ <input type="checkbox"/> 空教室 <input type="checkbox"/> 資源教室 <input type="checkbox"/> 其他_____）； <input type="checkbox"/> 代寫答案； <input type="checkbox"/> 延長 1.5 倍考試時間； <input type="checkbox"/> 考卷放大字體； <input type="checkbox"/> 報讀； <input type="checkbox"/> 口試替代筆試； <input type="checkbox"/> 電腦應考； <input type="checkbox"/> 擴視機； <input type="checkbox"/> 放大鏡； <input type="checkbox"/> 點字機； <input type="checkbox"/> 盲用電腦； <input type="checkbox"/> 計算機； <input type="checkbox"/> 重騰答案卡 <input type="checkbox"/> 點字試題試卷 <input type="checkbox"/> 其他_____					
各位老師好， 麻煩老師要到試務中心領取試卷袋時，懇請記得到 <u>A505</u> 領取申請特殊考場學生本人的考卷， 資源教室將不再提供把考卷送回試務中心試卷袋的服務，煩請各任課老師前來領回。 老師倘有任何疑問，歡迎聯絡資源教室！分機：386~389					
導師簽名					
考試科目 1		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 2		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 3		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 4		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					

考試科目 5		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 6		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 7		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 8		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 9		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 10		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
考試科目 11		考試時間		教師簽名	
聯絡電話		E-mail			
老師建議					
處理方式 (輔導員填寫)	決議：_____ <div style="text-align: right;">輔導員簽名：_____</div>				