

第 學年度-第 學期 新生學校財團法人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： ☐ 期中考； ☐ 期末考； ☐ 其他					
方式： ☐ 個別考場（ ☐ 空教室 ☐ 資源教室 ☐ 其他_____）； ☐ 代寫答案； ☐ 延長1.5倍考試時間； ☐ 考卷放大字體； ☐ 報讀； ☐ 口試替代筆試； ☐ 電腦應考； ☐ 擴視機； ☐ 放大鏡； ☐ 點字機； ☐ 盲用電腦； ☐ 計算機； ☐ 重謄答案卡 ☐ 點字試題試卷 ☐ 其他_____					
各位老師好， 麻煩老師們要到試務中心領取試卷袋時，懇請記得至教務處試務中心領取申請特殊考場學生本人的考卷，煩請各任課老師前來領回。感謝配合！ 老師倘有任何疑問，歡迎聯絡資源教室！分機：386					
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					
(輔導員填寫) 處理方式	決議： 輔導員簽名：				