

(附件 8)

嘉義市 114 學年度國民小學專任教師聯合甄選

【身心障礙、重大傷病或突發傷病特殊需求申請表】

☐ 初試 ☐ 複試					
姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期	
國民身分證 統一編號		准考證號碼		通訊電話	住家： 手機：
通訊地址		緊急聯絡人		姓名	
				住家電話	
				手機	
障礙類別	☐ 視覺障礙 (☐ 全盲 ☐ 弱視) ☐ 聽覺障礙 ☐ 肢體障礙 (☐ 腦性麻痺 ☐ 上肢障礙 ☐ 下肢障礙 ☐ 其他：) ☐ 身體病弱 ☐ 其他障礙或其他特殊情形：				
申請服務 項目	試場	☐ 延長作答時間 20 分鐘 (由休息時間扣除) ☐ 放大試卷 ☐ 行動不便或身體病弱者安排一樓或設有電梯之試場 ☐ 其他需求：			
	輔具 (准予自備)	☐ 輔助設備 (考生自備，需經檢查後使用)： ☐ 擴視機 ☐ 放大鏡 ☐ 輔具 (含助聽器) ☐ 醫療器材 ☐ 特殊桌椅 (原則上由考生自備) ☐ 其他 (請說明)：			
繳驗證件	☐ 身心障礙手冊於初試報名時仍在有效期限內 (繳交影本正反兩面) ☐ 身心障礙鑑定醫療機構診斷證明 ☐ 中央衛生主管機關評鑑合格之地區級以上醫院相關醫療科別專科醫師所出具之診斷證明書				
應考人 簽 名		審 查 小 組 承 辦 人		審 查 小 組 認 定 結 果	☐ 通過 ☐ 不通過

本表請於 114 年 4 月 30 日 (星期三) 下午 5 時前傳真至本府教育處課程發展科，並請電洽確認文件是否正確傳達，傳真：(05) 2169926，電話：(05) 2254321 轉 359。

(附件 9)

嘉義市 114 學年度國民小學專任教師聯合甄選

【身心障礙、重大傷病或突發傷病特殊需求陪考申請表】

考生姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期	
國民身分證 統一編號		准考證號碼		通訊電話	住家： 手機：
陪考人員 姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期	
國民身分證 統一編號			手機號碼		
陪考原因	☐ 考生為身心障礙者 ☐ 考生為重大傷病者 ☐ 考生為突發傷病者 ☐ 其他事項：				
繳驗證件	中央衛生主管機關評鑑合格之地區級以上醫院相關醫療科別專科醫師所 出具之診斷證明書或其他緊急事故證明。				
應考人簽名		陪考人員 簽名		審查小組 認定結果	☐ 通過 ☐ 不通過

有陪考申請需求者，請於 114 年 4 月 30 日（星期三）下午 5 時前傳真至本府教育處課程發展科提出，除考生有突發重大傷病外，逾期申請者不予受理。傳真後並請電洽確認文件是否已傳達，傳真：(05) 2169926，電話：(05) 2254321 轉 359。