

輔仁大學身心障礙學生調整考試形式服務申請表

___學年度___學期 期中考 學期考試

一、學生基本資料

姓 名		系 級	
學 號		手 機	
證 明 文 件	<input type="checkbox"/> 中華民國身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 教育部特殊教育學生鑑定證明		

二、考試相關資訊及特殊需求

課程代碼		課程名稱		授課教師	
(原)考試日期		(原)考試時間		(原)考試教室	
項 目	【考生自填之申請項目】				
考試場地	<input type="checkbox"/> 獨立試場 <input type="checkbox"/> 少人試場 <input type="checkbox"/> 無障礙環境(無障礙廁所、特製桌) <input type="checkbox"/> 其他：_____				
考試時間	<input type="checkbox"/> 延長考試時間(以20分鐘為限) <input type="checkbox"/> 提早入場準備 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
試題呈現	<input type="checkbox"/> 電子檔試題 <input type="checkbox"/> 報讀 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
試題版面	<input type="checkbox"/> 放大試題(尺寸___) <input type="checkbox"/> 其他：_____				
作答方式	<input type="checkbox"/> 電腦作答 <input type="checkbox"/> 口語(錄音)作答 <input type="checkbox"/> 放大答案卷(尺寸___)				
自備輔具	<input type="checkbox"/> 盲用電腦 <input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
需要試場準備之輔具	<input type="checkbox"/> 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
備 註					

三、由任課師長填寫

◎以下欄位須由任課教師親自填寫並簽名後，教務處方予以執行學生調整考試。

本人已充分理解學生之特殊需求，同意學生上述申請。

1. 考題遞送： 自行逕送教務處承辦人員 其他：_____

2. 考卷回送方式： 由教務處監考人員協助收卷 其他：_____

3. 考場可攜帶之物品： 課本 上課講義資料 計算機 其他：_____

任課老師聯絡方式(電話或分機)：_____

任課老師E-mail：_____

任課老師簽名：_____ 日期：___年___月___日

(已確認上列填寫之基本資料及特殊需求皆屬實)

用印流程	學生簽名：_____	申請日期： 年 月 日
就讀系所(單位協辦人/主管)	資源教室(單位協辦人/主管)	教務處(單位協辦人/主管)
____年__月__日	(特殊教育生專辦) ____年__月__日	____年__月__日