

德育學校財團法人德育護理健康學院諮商輔導暨資源教室組

特殊教育學生無障礙評量服務申請表

姓名		學號		申請學期	學年度 第 學期
系科班級		障礙類別 勾選	☐ 智能 ☐ 學習 ☐ 情緒行為 ☐ 自閉症 ☐ 肢體 ☐ 視覺 ☐ 聽覺 ☐ 語言 ☐ 腦性麻痺 ☐ 身體病弱 ☐ 多重 ☐ 其他		
申請 服 務 項 目	一、申請考試科目： ☐ 全科 ☐ 部分科目，科目名稱：_____				
	二、期中考及期末考需求： 1. 考試場地： ☐ 抽離原考場集中應試 ☐ 其他(說明)：_____ 2. 考試時間： ☐ 延長 20 分鐘考試時間 3. 試卷版面呈現： ☐ 放大字體 ☐ 增加題目行距 ☐ 其他(說明)：_____ _____ 4. 作答方式： ☐ 電腦文書作答『 ☐ 全部考題 ☐ 特定考題(說明)：_____』 ☐ 增加作答空間：_____倍 ☐ 口頭回答 ☐ 其他(說明)：_____ _____ 5. 輔助方式及器材： ☐ 口頭報讀 ☐ 放大鏡 ☐ 擴視鏡 ☐ 電腦供查字 ☐ 錄音筆 ☐ 調整應試桌椅 ☐ 其他(說明)：_____ 6. 其他特殊需求：_____ _____				
學生簽章 /日期		導師簽章 /日期		個案管理輔導人員簽章 /日期	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
審查結果 年 月 日第 次特殊教育推行委員會通過，經 年 月 日 校長核示。					