

(様式5) <<コピーをして使用してください。>>

北海道介護支援専門員実務研修受講試験身体障がい者等受験特別措置申請書

令和 年 月 日

整理番号	氏 名	生 年 月 日
※		昭和 平成 年 月 日生

該当する事項の欄の「該当する」の文字を1つだけ囲むこと

身体障がいの程度	視覚障がい	障がいの程度に関わらず、日常生活で点字を使用している者	該当する
		強度の弱視者で、良い方の目の矯正視力が0.15未満の者	該当する
		上記以外の視覚障がい者	該当する
	聴覚障がい	両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者	該当する
		上記以外の聴覚障がい者	該当する
	肢体不自由	体幹の機能障がいにより座位を保つことができない者、または困難な者	該当する
		上肢の機能障がいにより筆記することができない者、または困難な者	該当する
		下肢の機能障がいにより歩行をすることができない者、または困難な者	該当する
		上記以外の肢体不自由者（上記障がいの重複を含む）	該当する
	病弱者等	慢性の胸部、心臓、腎臓疾患等の状態で6ヶ月以上の医療・生活規制を必要とする者、またはこれに準ずる者	該当する
障がい等を併せ持つ者		該当する	
身体障害者手帳交付番号	症状および日常生活での状況等を詳しく記入すること		
交 付 年 月 日			
障 が い 名			
等 級	級		

受験に際して希望する措置	視覚障がい	点字による解答（別室）	希望する	肢体不自由・病弱者等	チェックによる解答（別室）	希望する		
		文字による解答（別室）	希望する		試験時間の延長（1.3倍）	希望する		
		試験時間の延長（1.3倍）	希望する		試験室における介助者の付与	希望する		
		拡大文字問題冊子の配布	希望する		別室の設定	希望する		
		試験録音問題の併用等	CD		視覚障がい者用CD読書機の持参使用	希望する	試験室を1階に設定	希望する
					再生機の持参使用	希望する	洋式トイレに近接する試験室に指定	希望する
			拡大鏡等の持参・使用		希望する	特製機の持参・使用	希望する	
		窓側の明るい座席を指定	希望する		特製機の試験会場側での準備	希望する		
		照明器具の準備	希望する		車椅子の持参・使用	希望する		
	聴覚障がい	手話通訳者の付与	希望する	つえの持参・使用	希望する			
		注意事項の文書による伝達	希望する	試験室入口までの付添者の同伴	希望する			
		座席を前列に指定	希望する	試験会場への乗用車での入構	希望する			
		補聴器の持参・使用	希望する	受験に際して希望する特別な措置	希望しない			
	【その他】希望する措置事項を具体的に記入すること							

受 験 者 現 住 所 電 話 番 号	〒 - 電話番号 () -	記 入 者 氏 名	印
---------------------	----------------	-----------	---

※指定試験実施機関記入欄