

※切り取らず、コピーして使用してください。
 様式第6号
 介護支援専門員実務研修受講試験身体障害者等受験特別措置申請書

介護支援専門員実務研修受講試験身体障害者等受験特別措置申請書

整理番号	氏名	生年月日	性別
※	昭和 平成 西暦(外国籍の方)	年 月 日 生	
受験者の 現住所・ 電話番号	記入者名	(印)	
〒			
電話番号:			

平成 年 月 日

該当する事項の欄の「希望する」の文字をすべて囲むこと。			
点字による解答(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	
拡大文字問題冊子の配布		希望する	
視 覚 障 害	録音テープ等 試験問題の併用	再生機の特参使用	希望する
	CD(コンパクトディスク)	視覚障害者用CD読書機の特参使用	希望する
		再生機の特参使用	希望する
拡大鏡等の持参使用		希望する	
窓側の明るい座席を指定		希望する	
照明器具の準備		希望する	
手話通訳者の付与		希望する	
注意事項の文書による伝達		希望する	
座席を前列に指定		希望する	
補聴器の特参使用		希望する	
チェックにより解答(別室)		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	
別室の設定		希望する	
試験室を1階に設定		希望する	
洋式トイレに近接する試験室に指定		希望する	
特製机の特参使用		希望する	
特製机の試験会場側での準備		希望する	
車いすの特参使用		希望する	
つえの特参使用		希望する	
試験室入口までの付添者の同伴		希望する	
試験会場への乗用車での入構		希望する	
(状態および希望する措置事項を記入)		希望する	
その他			

受験に際して希望する措置

該当する事項の欄の「該当する」の文字を一つだけ囲むこと。		
障害の程度に関わらず、日常生活で点字を使用している者		該当する
視覚障害 強度の弱視者で、良い方の矯正視力が0.15未満の者		該当する
上記以外の視覚障害		該当する
聴覚障害 両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者		該当する
上記以外の聴覚障害		該当する
身体 不自由	体幹の機能障害により座位を保つことができないう者又は困難な者	該当する
	上肢の機能障害により筆記をすることができないう者又は困難な者	該当する
	下肢の機能障害により歩行をすることができないう者又は困難な者	該当する
	左記以外の肢体不自由(左記障害の重複を含む。)	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月以上の医療・生活規制を必要とする者又はこれに準ずる者	該当する
障害等を併せもつ者		該当する
この欄に、症状及び日常生活での状況等を詳しく記入すること。		
身体障害者手帳交付番号:		
交付年月日:		等級:
障害名:		
(手帳の内容等を記入)		