附件3

**臺北市109學年度市立國民中學正式教師聯合甄選複試**

**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 | 文字簡述 |
| 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 |  | 陪考人簽 名 |  | 審查小組認定結果 | * 通過
* 不通過
 |

備註：

1. 陪考原則應為試場人員無法協助之理由始得提出，如確有需求，請填具本表傳真(傳真電話：02-2771-5431)至試場學校並電洽(02)8771-7890轉250，確認文件是否正確傳達。
2. 請於考試前一日6/12（五）中午12時前提出（以傳真收件時間為憑），由試場學校評估，於下午3時後以電話回覆。
3. 申請表請填寫完整並出具符合規定之應繳驗證件，否則不予受理。