（様式１）

第２７回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　　年　　月　　日生	男・女

受験者の現住所及び連絡電話番号	（〒　　－　　） 連絡電話番号（　　）　　―	記入者名	

身体障害の程度

該当する事項の欄の「該当する」の文字を一つだけ〇で囲んでください。

【表１】視覚障害			【表２】聴覚障害		【表３】肢体不自由				【表４】病弱者等	【表５】障害等を併せ持つ者	【表６】妊娠中の者
障害の程度にかかわらず日常生活で点字を使用している者	強度の弱視者で、良い方の眼の矯正視力が 0.15 未満の者	左記以外の視覚障害者	両耳の平均聴力レベルが 100 デシベル以上の者	左記以外の聴覚障害者	体幹の機能障害により座位を保つことができない者又は困難な者	上肢の機能障害により筆記をすることができない者又は困難な者	下肢の機能障害により歩行をすることができない者又は困難な者	左記以外の肢体不自由者（左記障害の重複を含む。）	慢性の胸部、心臓、腎臓疾患等で 6 カ月以上の医療・生活規制を必要とする者又はこれに準ずる者		
該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	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：　　・障害名：　　・等級：　　級）
（・妊娠中の者：試験日における妊娠週数　　週）

受験に際して希望する措置

該当する事項の欄の「希望する」の文字を全て〇で囲んでください。

【表１】視覚障害									【表２】聴覚障害	
点字による解答（別室）（1.5 倍）	文字による解答（別室）（1.3 倍）	文字による解答（別室）	拡大文字問題冊子の配付	録音ＣＤ等試験問題の併用		拡大鏡等の持参使用	窓側の明るい座席を指定	照明器具の持参	手話通訳者の付与	注意事項の文書による伝達
					ＣＤ（コンパクトディスク）					
希望する	希望する	希望する	希望する		希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する

【表３】聴覚障害		【表４】肢体不自由					【表３】肢体不自由 【表４】病弱者等 【表６】妊娠中の者			
座席を前列に指定	補聴器の使用	チェックによる解答（別室）（1.3 倍）	試験室における介助者の付与	特製机の持参使用	特製机の試験会場側での準備	車椅子の持参使用	別室の設定	試験室を１階（若しくは階段不使用）に設置	洋式トイレに近接する試験室に指定	試験室入口までの付添者の同伴
希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する

【表 3-4】肢体不自由病弱者等	【表６】妊娠中の者	その他（その他の場合には、この欄に希望する措置事項を詳しく記入ください。）		**※受験に際して特別な「配慮を希望しない」場合には、この欄の「希望しない」を〇で囲んでください。**
つえの使用	可動式の机椅子	試験会場への乗用車での入構　★		
希望する	希望する	希望する	希望する	希望しない

★乗用車での入構を希望する方は下記に記入してください。

どちらかに〇を記入ください 1. 入講のみ（運転者：　　） 2. 駐車場確保希望	車　種		色		ナンバー	例）神戸 000 あ 00-00

※本申請書に加え、医師の診断・意見書又は母子手帳等の写を必ずご提出ください