（様式5）　　〈A4・片面印刷してください。〉

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

整理番号	氏名	生年月日	性別
※		□昭和 □平成　　年　　月　　日生	男・女

身体障がいの程度

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。

視覚障がい			聴覚障がい		肢体不自由				病弱者等	
障がい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	左記以外の視覚障がい者	両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者	左記以外の聴覚障がい者	体幹の機能障がいにより座位を保つことができない者又は困難な者	上肢の機能障がいにより筆記をすることができない者又は困難な者	下肢の機能障がいにより歩行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（左記障がいの重複も含む）	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	障がい等を併せもつ者
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

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）

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」の文字をすべて囲むこと。

視覚障がい										聴覚障がい
点字による解答（別室）	文字による解答（別室）	試験時間の延長（1．3倍）	拡大文字問題の配布	録音テープ等試験問題の併用			拡大鏡等の持参使用	窓際の明るい座席を指定	照明器具の準備	手話通訳者の付与
				[redacted]	CD（ｺﾝﾊﾟｸﾄﾃﾞｨｽｸ）					
					視覚障害者用CD読書機の持参使用	再生機の持参使用				
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

聴覚障がい			肢体不自由・病弱者等							
注意事項の文書による伝達	座席を前列に指定	補聴器の持参使用	チェックによる解答（別室）	試験時間の延長（1．3倍）	試験室における介助者の付与	別室の設定	試験室を1階に設定	洋式トイレに近接する試験室に指定	特製机の持参使用	特製机の試験会場側での準備
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

肢体不自由・病弱者等				その他（その他の場合には、この際に希望する措置事項を記入すること。）	受験に際して希望する特別な措置
車いすの持参使用	つえの持参使用	試験室入口までの付添者の同伴	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

受験者の現住所・連絡先電話番号	〒　　－ 連絡先電話番号（　　）　　－	記入者名	印

※　事務局記入欄