

## 國家文官學院

## 99年公務人員身心障礙特考錄取人員實體基礎訓練申請表

總編號：\_\_\_\_\_（本欄由國家文官學院填寫）

實務訓練期間：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止

姓 名			性 別													
出生年月日	年	月	日	國民身分證 統一編號												
實務訓練 機關名稱																
具原住民身分	<input type="checkbox"/> 是 、 <input type="checkbox"/> 否															
職 稱			考試年度類科													
			職 系													
身心障礙 類 別	<input type="checkbox"/> 下肢障礙 <input type="checkbox"/> 上肢障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聲語障礙 <input type="checkbox"/> 重器障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 顏面傷殘 <input type="checkbox"/> 先天性缺陷 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 其他：															
身心障礙 程 度	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 其他：															
健康狀況																
聯絡電話	(公)： (宅)： 手機： 傳真：															
聯絡地址	(公)： E-Mail： (宅)：															
緊急聯絡人	姓 名： 稱 謂： 聯絡電話： 手 機：															
附註	1.實體基礎訓練之參加對象，以無需輔助器具或設施，並自願報名參加之錄取人員為限。 2.需輔助器具或設施輔助者，及未提出報名參加實體基礎訓練者，均予免訓該實體基礎訓練。															