

社会保険労務士試験特別措置申請書

① フリガナ				昭和	年	月	日
② 氏名				平成			
				(満 歳)			
④ 連絡先	自宅・勤務先等	()		⑤ 希望試験地	都・道・府・県		
	携帯電話	()			試験地は希望できますが、試験会場は試験センターが指定した会場になります。		
⑥ 障害等の種類・程度・症状							
⑦ 妊娠中	試験日当日	妊娠	ヶ月	かかりつけの病院	病院名		
					電話	()	

⑧ 受験に際して希望する措置(希望する措置に○もしくは✓を付けてください)

視覚障害	点字による出題		試験時間の延長	
	音声による出題(音声再生機器の持参使用)		試験問題用紙の拡大(B5→A3)	
	点字による解答作成(点字器具の持参使用)		チェック式解答用紙による解答	
	パソコンを使用した解答作成(パソコン・プリンターの持参使用)		明るい席(窓側席)への配席	
	拡大鏡(ルーペ)等の持参使用 <input type="checkbox"/> 拡大鏡(ルーペ) <input type="checkbox"/> 拡大読書器 <input type="checkbox"/> 照明器具 <input type="checkbox"/> その他()			
	自家用車・タクシー等での来場 <input type="checkbox"/> 駐車場必要 <input type="checkbox"/> その他() ※会場の都合により、公共交通機関での来場に限りさせていただきます。			
	介助者の介助 ※会場内の移動等に介助が必要な場合は、受験者本人が介助者を手配してください。手配する場合は、介助者との関係(親族・有料ヘルパー等)及び介助内容について、下部【特筆事項】欄に記入してください。			
聴覚障害	補聴器の持参使用		座席を前列に配席	
	緊急時の説明のみ文書等による伝達		注意事項等の説明をすべて文書による伝達	
肢体障害	試験時間の延長		1階又はエレベーターのある建物での受験	
	チェック式解答用紙による解答		洋式トイレに近い試験室での受験	
	杖の持参使用		障害者用トイレに近い試験室での受験	
	車椅子の持参使用 (受験中は会場の椅子を使用) <input type="checkbox"/> 電動 ※電動車椅子の場合は✓を付けてください			
	車椅子のまま受験 <input type="checkbox"/> 電動 ※電動車椅子の場合は✓を付けてください			
	車椅子の横幅 cm × 車椅子の奥行 cm × 車椅子に着席して必要な床から机の板面までの高さ cm			
	自家用車・タクシー等での来場 <input type="checkbox"/> 駐車場必要 <input type="checkbox"/> その他() ※会場の都合により、公共交通機関での来場に限りさせていただきます。			
介助者の介助 ※会場内の移動等に介助が必要な場合は、受験者本人が介助者を手配してください。手配する場合は、介助者との関係(親族・有料ヘルパー等)及び介助内容について、下部【特筆事項】欄に記入してください。				
妊娠中	机と椅子が固定式でない座席への配席		1階又はエレベーターのある建物での受験	
	座布団、膝掛けの持参使用			

【特筆事項】上記以外の措置を希望する方は、この欄に具体的に記入してください。

私は、上記により社会保険労務士試験の特別措置を受けたいので申請します。

平成 年 月 日 記名押印又は署名

厚生労働大臣試験事務実施機関 氏名 _____
 全国社会保険労務士会連合会会長 殿