

社團法人台灣醫務管理學會

2025 年醫務管理師檢定考試身心障礙考生應考服務申請表

考生姓名		身分證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	行動電話	
通訊地址			
緊急聯絡人		緊急聯絡人電話	

考生應考申請之服務項目：

項目	考生自填之申請項目	核定結果
提早入場	<input type="checkbox"/> 需要(考試前五分鐘提早入座) <input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
延長筆試時間	<input type="checkbox"/> 需要(請繳交「身心障礙考生應診檢查表」) <input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 同意延長__分鐘 <input type="checkbox"/> 不同意
放大試題	<input type="checkbox"/> 提供放大為 A3 之影印試題本	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
另設特殊試場	<input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
備註		

- 1.如考生申請延長筆試時間者，應繳交「身心障礙考生診斷證明書」正本及「中華民國身心障礙證明」影本各 1 份，且有效日期為 2025 年 4 月 26 日以後，經本甄審委員會審核確定可延長時間者，其延長時間至多以 20 分鐘為限。
- 2.於考試前因突發傷病申請應考服務之考生，僅提供行動及輔具等試場服務，不延長應考時間。申請表件最遲於考試前 7 日寄達本學會。
- 3.對於考生所申請填寫本表之服務項目，須經本學會甄審委員會會議審核確定，始可辦理。
- 4.本表應於報名時一併繳交，以憑辦理。
- 5.若有問題洽詢電話：(02) 23693081 分機 22

考生簽章：_____

2025 年 月 日

社團法人台灣醫務管理學會
2025 年醫務管理師檢定考試
團體報名繳費確認表

1. 完成個別線上報名後，請指派一名團體報名聯絡人統整應考業務(繳費及郵寄報名資料等)，並於 2025 年 3 月 26 日(三)前將附件團體報名繳費確認表及個別報名履歷表，以『掛號郵件』寄至 106 台北市大安區羅斯福路三段 95 號 9 樓，社團法人台灣醫務管理學會-檢定考試小組收。
2. 團體報名名單及相關資料

學校名稱：_____

團體聯絡人姓名：_____ 電話：_____

聯絡人電子郵件：_____ 手機：_____

NO	會員編號	姓名	NO	會員編號	姓名
1			14		
2			15		
3			16		
4			17		
5			18		
6			19		
7			20		
8			21		
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13			(此表格不敷使用時，請自行複印)		

3. 成績單寄送對象：

統一寄至學校聯絡人

貴校地址：_____

個別寄給考生(依線上報名考生資料為主)

4. 凡免費提供教室，且團體報名人數超過 25 人(含)以上，可申請為醫管師檢定考試考場，到校考試，由本會派員至貴校監考。

申請到校考試：是 否

貴校考試場地：_____

聯絡人：_____

備註：

1. 個別報名履歷表，請確認是否於「應考人」欄位簽名，及確認兩吋大頭照、身分證正反面影本、在學證明及報名費繳費證明黏貼於履歷表上。
2. 若為學生會員需繳清 2025 年常年會費，方可以會員優惠價格報名考試。
3. 2025 年 3 月 26 日(三)前將附件團體報名繳費確認表及個別報名履歷表，以『掛號郵件』寄至 106 台北市大安區羅斯福路三段 95 號 9 樓，社團法人台灣醫務管理學會-檢定考試小組收。

※台灣醫務管理學會聯絡方式

電話：02-23693081 分機 22

傳真：02-23649354