

中華大學英文能力非聽障視障生免檢核申請表

學期：____學年度____學期 日期：____年____月____日 電話：_____ 全__頁第__頁

學 號	姓名(申請人簽名)	系 級	身 分 別
		系別： 年級：	<input type="checkbox"/> 本學年度大一新生 <input type="checkbox"/> 本學年度轉學生 <input type="checkbox"/> 本學年度進修學士班轉日間學制學生

免檢核申請檢附資料： 區域醫院醫師診斷書

病症簡述：

特註：文件為審查之重要依據，請儘量詳述，並請以電腦打字。（如不敷使用，請以 A4 附件處理）

語言中心審議意見

同意免參加英文能力檢核。

不同意，請說明。

意見：

主任核章：

註：1. 聽障生、視障生不需填寫此表申請，本表限其他障礙類別學生申請，如：閱讀型學習障礙者、完全排斥英文之自閉症者。