

FP 技能検定 バリアフリー対応に関する要望依頼書

私は下記に同意のうえ、試験当日のバリアフリー対応要望依頼を申請します。

〔同意事項〕

- ・受検地区内の特定の地域および試験会場の指定はできないこと
(例：駅から近い会場、自宅から近い会場、自宅から近い市町村等の指定は不可)
- ・会場設備の状況および運営状況等により、すべての要望に沿った配慮対応を行うことができない場合があること
- ・許可された持込み物等は、試験開始前に机に出しておくこと (試験中のカバン等からの出し入れは不可)
- ・試験当日、体調不良等が生じた場合は、自己の判断において受検を中止し、医療機関等への連絡が必要な場合は原則自身で行うこと
- ・バリアフリー対応に関する要望申請書は受検申請の都度、必ず提出が必要であること

フリガナ		申請日	年 月 日
氏名		問合せ番号 (数字7桁)	
受検する試験	_____年 _____月 実施 _____級		
受検科目	学科 ・ 実技	受検地	
連絡先 電話番号	※平日の日中に必ずご本人と連絡が取れる番号を記入		連絡先 E-mail
自宅住所	〒		
種類	障害等級	現在の状況/病名等	配慮要望の内容 ※要望に☑をつけてください
視覚	<input type="checkbox"/> あり (____級) <input type="checkbox"/> なし	状況・病名等 () 矯正視力 (右:____左:____) 視野 (____)	<input type="checkbox"/> エレベーター利用可能または1階の教室 <input type="checkbox"/> 拡大鏡の持込み・使用 <input type="checkbox"/> 解答転記 <input type="checkbox"/> その他 ()
聴覚	<input type="checkbox"/> あり (____級) <input type="checkbox"/> なし	状況・病名等 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 聴覚過敏	<input type="checkbox"/> 以下①～④の配慮対応 ①試験説明等を書面で提示 ②試験開始・終了の合図をメモ等で通知 ③座席の配慮(教室前方) ④筆談 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 耳栓の持込み・使用
上肢・ 下肢・ 体幹等	<input type="checkbox"/> あり (____級) <input type="checkbox"/> なし	該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他 () 状況・病名等 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 電動車いす使用 <input type="checkbox"/> 手動車いす使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 (____本)	<input type="checkbox"/> エレベーター利用可能または1階の教室 <input type="checkbox"/> 車いすのまま受検 ※①～③記入必須 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> ①床から膝までの高さ： cm ②幅 : cm ③奥行 : cm </div> <input type="checkbox"/> 車いすから椅子へ座り替えて受検 <input type="checkbox"/> 座席の配慮 ※必要な条件に☑ <input type="checkbox"/> 出入口近く・ <input type="checkbox"/> 端の席・ <input type="checkbox"/> 杖の置き場確保 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> バリアフリー対応トイレあり <input type="checkbox"/> 洋式トイレあり <input type="checkbox"/> 解答転記 ※試験終了後10～15分程度確認時間必要 <input type="checkbox"/> ペーパーウェイト等の持込み・使用 (<input type="checkbox"/> 文鎮 <input type="checkbox"/> バインダー <input type="checkbox"/> その他 : 個) <input type="checkbox"/> その他 ()

フリガナ			申請日	年 月 日
氏名			問合せ番号 (数字7桁)	
種類	障害等級	現在の状況/病名等	配慮要望の内容 ※要望に☑をつけてください	
その他 疾病等	<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> なし	状況・病名等 ※出来るだけ詳しく記入 ※車いすを使用している場合は 「肢体不自由」欄にも記入 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>	<input type="checkbox"/> エレベーター利用可能または1階の教室 <input type="checkbox"/> 座席の配慮 ※必要な条件に☑、複数回答可 ※複数の条件を要望する場合は、優先順位が最も高いものに1、 以下、順に2, 3...と記入する <input type="checkbox"/> 出入口近く 優先順位 () <input type="checkbox"/> 端の席 優先順位 () <input type="checkbox"/> 最前列 優先順位 () <input type="checkbox"/> 最後尾 優先順位 () <input type="checkbox"/> その他 () 優先順位 () <input type="checkbox"/> バリアフリー対応トイレあり <input type="checkbox"/> 洋式トイレあり <input type="checkbox"/> 試験中の離席 ※試験監督者が同行します <input type="checkbox"/> 試験中の服薬、水分補給 ※ペットボトルの水のみ可 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 60px; margin: 5px 0;"></div>	

提出方法	バリアフリー対応要望依頼書提出期限までに、FAX またはメールで提出してください。 メールで提出する場合、件名を「バリアフリー対応要望依頼書」としてください。 内容確認後、試験事務課担当者より個別にご連絡いたします。
提出先 及び お問い合わせ先	特定非営利活動法人 (NPO 法人) 日本ファイナンシャル・プランナーズ協会 試験業務部 試験事務課 〒105-0001 東京都港区虎ノ門 4-1-28 虎ノ門タワーズオフィス 5F TEL : 03-5403-9890 FAX : 03-5403-9797 E-mail : exam@jafp.or.jp

事務処理欄

受付	処理①	処理②	処理③

 J L