附表

身心障礙應試人員申請證券、投信投顧暨期貨從業人員考試權益維護措施之醫院診斷證明書

※本診斷證明書須由行政院衛生署認定之地區醫院以上醫院醫師開立。

應考人姓名		性　別	□男　□女
住　　址		電　話	(　)
醫療機構名　　稱			
應診科別			

(以下請醫師詳實填寫，下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)

診　　斷	

類別說明：

1.視覺功能　　【醫師簽章】

☐ A.兩眼視力矯正優眼在0.01(不含)以下。

☐ B.兩眼全盲。

☐ C.**其他**(請註明)_____

2.上肢障礙　　【醫師簽章】

慣 用 手：☐右手 ☐左手

書寫功能：☐正常

☐有障礙

【可複選】

☐雙手協調度不佳　　☐雙上肢肌肉萎縮

☐上臂動作位移差　　☐書寫時會使姿勢控制不好

☐其他(請註明) _____

☐上肢缺失，以身體其他部位執筆書寫　☐口　☐腳　☐其他（　　）

以上經本院醫師診斷屬實，特予證明

院長：

中華民國　　年　　月　　日（需加蓋醫院關防，方具效力）