附件 1　　109.06.30 版

第一聯 收執聯 (應檢人留存)

應檢人發燒/自主健康管理聲明書(證明書)

應檢人(姓名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（身分證/居留證號：＿＿＿＿＿＿＿＿）

參加109年 7 月 12 日辦理＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（職類級別）之□學科或□術科測試，□1.經量測□額溫≧37.5℃或□耳溫≧38℃（實際數值：＿＿＿℃），有發燒之情形

□2.應檢期間屬「自主健康管理」身分

因防疫規定致無法參加當天測試，同意採下述處理方式（請應檢人自行選擇，經擇一選定後，不得變更）：

□**申請退還學術科測試費用**(含申請延長、保留學術科成績)或特定對象保留補助次數（請備妥退費申請表、本證明書及相關證明文件後，向技檢中心或受理報名單位申請）。

□**延期安排測試**，視疫情擇日測試或調整測試場次、日期（如經測試辦理單位重新規劃後無法另行排定測試場次、日期，則以退費方式辦理）。

應檢人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿連絡電話(手機)：＿＿＿＿＿＿＿＿

經測試辦理單位特此證明

中華民國 109 年 7 月 12 日

學科辦理單位章戳

第二聯 存根聯 (測試後繳回測驗中心)

應檢人發燒/自主健康管理聲明書(證明書)

應檢人(姓名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（身分證/居留證號：＿＿＿＿＿＿＿＿）

參加109年 7 月 12 日辦理＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（職類級別）之□學科或□術科測試，□1.經量測□額溫≧37.5℃或□耳溫≧38℃（實際數值：＿＿＿℃），有發燒之情形

□2. 應檢期間屬「自主健康管理」身分

因防疫規定致無法參加當天測試，同意採下述處理方式（請應檢人自行選擇，經擇一選定後，不得變更）：

□**申請退還學術科測試費用**(含申請延長、保留學術科成績)或特定對象保留補助次數（請備妥退費申請表、本證明書及相關證明文件後，向技檢中心或受理報名單位申請）。

□**延期安排測試**，視疫情擇日測試或調整測試場次、日期（如經測試辦理單位重新規劃後無法另行排定測試場次、日期，則以退費方式辦理）。

應檢人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿連絡電話(手機)：＿＿＿＿＿＿＿＿

經測試辦理單位特此證明

中華民國 109 年 7 月 12 日

學科辦理單位章戳

附件 2

109.06.30 版

因應 COVID-19(武漢肺炎)疫情
健康聲明表

姓名	性別： □ 男性 □ 女性 □ 其他	身分證號/居留證號
量測體溫：		
航/船班(無者免填)	聯絡電話 手機： 市話：	

請問您過去 14 日【6 月 28 日(日)起】是否有下列情形：

1. 是否為居家隔離身分？
   □是。 □否。
2. 是否為居家檢疫身分？
   □是。 □否。
3. 是否為自主健康管理身分？
   □是。 □否。
4. 近期身體是否有不適？(如：發燒、嗅味覺異常或上呼吸道感染等)
   □是。 □否。
5. 是否有國外旅遊史？
   □是，國外出差或旅遊。 □否。

以上任一項目，有勾選「是」者，請勿進入學術科辦理單位，以確保防疫作業，感謝您的配合。

簽名： 填寫日期：109 年 7 月 12 日____時____分	勞動部關心您

附件 3　　109.06.30 版

109 年度第 2 梯次全國技術士技能檢定測試
陪考申請暨健康聲明表

陪考申請說明

1. 為降低呼吸道傳染病之傳播風險、避免交叉感染，本次測試不開放應檢人親友陪考。
2. 如有特殊服務需求（如：身心障礙或傷病應檢人），得以 1 位親友陪同為原則，另團報單位如需申請陪考服務，每單位報檢人數 100 名內可申請 1 名陪考人員為限。
3. 申請陪考者，請依實填寫本表，並採電子郵件或傳真方式申請。審核通過者將製發提供陪考證，測試當日應出示陪考證及身分證明文件，並交付本表(須完成健康聲明事項勾選)，做為進入考區（學校）依據。

《電子郵件申請》請將本表掃描寄至：skill@mail.tcte.edu.tw　(主旨註明：申請全國技術士技能檢定陪考)

《傳真申請》請將本表傳真至：**05-537-9009**

※ 申請截止期限：**109 年 7 月 6 日(一)**前，洽詢電話：**05-536-0800** 轉 **529**。

4. 陪考人員仍應遵守測試辦理單位各項防疫措施(含：體溫量測及佩戴口罩...等)，如有發燒、未佩戴口罩或健康聲明等事項不符相關規定，一律不得進入考區（學校）。
5. 若有隱匿病情情事，將依傳染病防治法等相關規定進行通報作業。

財團法人技專校院入學測驗中心　關心您

陪考人姓名	請正楷書寫	聯絡電話	市話 _____ 手機 _____
通訊地址 (寄送陪考證使用)	_____縣(市)_____鄉(鎮/市/區)_____里_____路 (街) _____段_____巷_____弄_____號_____樓		
陪考事由 (請勾選)	□協助身心障礙、重大傷病或突發傷病應檢人參加測試， 應檢人姓名：_____，應檢人准考證號(或身分證號)：_____ （請檢附身心障礙證明、重大傷病卡或醫療院所相關證明等文件） □團體報名單位之相關協助人員 單位名稱：_____ （請加蓋團體報名單位章戳 ）	團體報名單位章戳	
健康聲明 事項 (請勾選)	1. 是否為居家隔離身分？ □是。　□否。 2. 是否為居家檢疫身分？ □是。　□否。 3. 是否為自主健康管理身分？ □是。　□否。 4. 近期身體是否有不適？(如：發燒、咳嗽、流鼻水鼻塞、呼吸急促、腹瀉、嗅味覺異常、全身倦怠或四肢無力等) □是。　□否。 5. 過去 14 日是否有國外旅遊史？ □是，國外出差或旅遊。□否。 以上任一項目，有勾選「是」者，請勿進入學術科辦理單位，以確保防疫作業，感謝您的配合。		

註：本表資料僅供辦理本次學術科測試防疫因應使用，並不作其他用途；個人資料利用期間：自學、術科測試日起 28 日內。