

## プライオリティサポート手配について

当協会では、受験者の皆様に安心してご受験いただけますよう努めております。

今回ご提供いただく内容には受験者の皆様にとって特に重要である、障がいに関する情報(以下「要配慮個人情報」といいます。)や保健医療に関する情報が含まれています。以下の「要配慮個人情報を含む個人情報の取扱いについて」にご同意の上、「プライオリティサポート依頼書」にご署名いただけますよう、お願い申し上げます。

### 要配慮個人情報を含む個人情報の取扱いについて

#### 1. 利用目的について

ご提出いただく要配慮個人情報を含む個人情報および証明書類のコピーは、お問い合わせへの対応・試験実施にかかわるサポートのために利用します。利用後は、所定の保管期間の後、責任をもって廃棄いたします。

#### 2. 委託について

当協会は 1.の利用目的達成のために必要な範囲で、個人情報の適切な取り扱いに関する契約を締結した上で個人情報を委託する場合があります。法令に基づく場合または受験者の明示的な同意を得ている場合を除き、その他の目的での委託・第三者提供はいたしません。

#### 3. お問い合わせについて

ご提供いただいた個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止、消去または第三者への提供の停止を希望される場合は、依頼者をご本人であることを確認の上、書面にて通知します。詳細は IIBC 試験運営センター(03-5521-6033)までお問い合わせください。

#### 4. 情報提供の任意性について

依頼書内の記入事項および各証明書類のコピーのご提出は任意ですが、ご提供いただけない場合は、ご希望に沿った受験環境をご用意できない可能性がございますので、あらかじめご了承ください。

個人情報保護管理者

一般財団法人 国際ビジネスコミュニケーション協会

SP 事業本部長

### 必要書類・送付先について

必要書類	<p>■申込締切日(消印有効)までに必要書類を郵送してください</p> <p><input type="checkbox"/> TOEIC® Listening &amp; Reading 公開テスト/TOEIC Bridge®公開テストプライオリティサポート依頼書</p> <p><input type="checkbox"/> 証明書類のコピー(いずれか1点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者手帳のコピー(氏名、等級、障害内容、有効期限等が確認できるページ)</li> <li>・医師の診断書*1のコピー(試験日から1年以内に発行されたもの)</li> <li>・その他の証明書やIDカード等のコピー(母子手帳、精神障害者保健福祉手帳等)</li> </ul> <p>*1:時間延長受験をご希望の際は、症状及び試験時間延長が必要である旨が記載された診断書をご用意ください</p> <p>■ご提出いただいた書類によって有効期限を設けています</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者手帳(有効期限記載無し):有効期限なし</li> <li>・障害者手帳(有効期限記載有り):手帳に記載されている期限に準ずる</li> <li>・診断書等:診断書発行日より1年間(期間等の記載がある場合はその内容に準ずる)</li> </ul> <p><u>プライオリティサポートでの受験から2年以上経過した場合は、ご提出いただいた書類の種類にかかわらず、初めての方と同様に、書類提出のお手続きが必要となります</u></p>
送付先	<p>〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-14-2 山王グランドビル</p> <p>(一財) 国際ビジネスコミュニケーション協会 IIBC 試験運営センター プライオリティサポート係</p>

### お問い合わせ先

一般財団法人 国際ビジネスコミュニケーション協会 IIBC 試験運営センター プライオリティサポート係

TEL 03-5521-6033 (土・日・祝日・年末年始を除く 10:00~17:00)

公式サイト [http://www.iibc-global.org/toEIC/priority\\_support](http://www.iibc-global.org/toEIC/priority_support)

TOEIC® Listening & Reading 公開テスト / TOEIC Bridge® 公開テスト  
 プライオリティサポート依頼書

\*ご希望の口欄に✓いただき、空欄内は該当内容をご記入ください

フリガナ		生年月日	
氏名		西暦	年 月 日
住所	〒:	最寄駅:	
日中連絡先	電話:	Eメール:	
試験日	<input type="checkbox"/> TOEIC® Listening & Reading 公開テスト (試験日: 月 日)		オンライン番号
	<input type="checkbox"/> TOEIC Bridge® 公開テスト (試験日: 月 日)		
分類	具体的な対応内容		
視覚	<input type="checkbox"/> A-1	拡大版解答用紙【 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4・5枚 <input type="checkbox"/> A4・10枚 <input type="checkbox"/> A4・20枚(TOEIC L&Rのみ)】	
	<input type="checkbox"/> A-2	拡大版解答用紙【 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4・5枚 <input type="checkbox"/> A4・10枚 <input type="checkbox"/> A4・20枚(TOEIC L&Rのみ)】 拡大版問題用紙 ※A4 サイズを A3 サイズに拡大	
	<input type="checkbox"/> A-3	問題用紙直接解答	
*ルーペや拡大読書器等、電子機器の持込をご希望の方は、「其他のご要望」の欄にご記入ください			
聴覚	<input type="checkbox"/> B-1	スピーカー近くの座席【 <input type="checkbox"/> 補聴器使用】	*CD プレーヤー教室の指定、イヤホン・ヘッドホン以外でのリスニング受験や人工内耳の方、FM 補聴器の持込をご希望の方は、「其他のご要望」の欄にご記入ください
	<input type="checkbox"/> B-2	イヤホン受験【 <input type="checkbox"/> 補聴器使用】	
	<input type="checkbox"/> B-3	リーディングセクションのみ受験	
上肢	<input type="checkbox"/> C-1	拡大版解答用紙【 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4・5枚 <input type="checkbox"/> A4・10枚 <input type="checkbox"/> A4・20枚(TOEIC L&Rのみ)】	
	<input type="checkbox"/> C-2	問題用紙直接解答	
	<input type="checkbox"/> C-3	代筆受験	
下肢 (車いすの方)	<input type="checkbox"/> D-1	1F 教室またはエレベーターのある会場、専用トイレのある会場 出入口に近い座席【 <input type="checkbox"/> 車いすのまま受験 <input type="checkbox"/> イスに座り替えて受験】	<input type="checkbox"/> 車での来場 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 駐車場】 車名: 色: ナンバー:
		*机のサイズについてご希望のある方は、「其他のご要望」の欄にご記入ください	
下肢(歩行障がいのある方)	<input type="checkbox"/> D-2	1F 教室またはエレベーターのある会場、洋式トイレのある会場 出入口に近い座席【 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 他補助具( )】	
妊婦	<input type="checkbox"/> E-1	出入口に近い座席、洋式トイレのある会場、【 <input type="checkbox"/> 可動式のイスを希望】	試験当日妊娠【 】ヶ月
内部障害等	<input type="checkbox"/> F-1	*内部障害・精神疾患・その他疾患・ケガ等の方は、「其他のご要望」の欄に希望内容をご記入ください	
時間延長	<input type="checkbox"/> G-1	<input type="checkbox"/> 1.5倍 <input type="checkbox"/> 2倍 *症状及び試験時間延長が必要である旨が記載された診断書をご用意ください	
付き添い	<input type="checkbox"/> G-2	<input type="checkbox"/> 教室まで付き添い <input type="checkbox"/> 教室にて待機 【付き添う方: <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他】 *試験官は受験サポートを除く介助や医療的なお手伝いはできかねます。必要な方は付き添いの方を同伴願います	
其他のご要望			

私は、本依頼書に記入した対応を希望するとともに、一般財団法人国際ビジネスコミュニケーション協会へ、

- 障害者手帳(氏名、等級、障害内容、有効期限等が確認できるページ)
- 医師の診断書(試験日から1年以内に発行されたもの)
- 母子手帳(氏名、発行年月日が確認できるページ)
- 聴力検査表(試験日から1年以内に発行されたもの)
- \_\_\_\_\_

のコピーを提出することに同意します。

依頼書記入日: 年 月 日 署名: \_\_\_\_\_