

受験者保管用

## 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、保健医療や障がいに関する情報（機微（センシティブ）情報という。）が含まれています。以下の「個人情報および機微情報の取り扱いについて」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。

### 個人情報および機微情報の取り扱いについて

#### 1. 利用目的について

ご提出いただく個人情報および機微情報ならびに証明書のコピーは、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	<input type="checkbox"/> プライオリティサポート依頼書 <input type="checkbox"/> 証明書類のコピー（いずれか1点） ・身体障害者手帳のコピー（氏名、等級、障害内容が確認できるページ） ・医師の診断書のコピー（試験日から1年以内に発行されたもの） ・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）
送付先	〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-14-2 山王グランドビル IIBC 試験運営センター プライオリティサポート係

### お問い合わせ先

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 プライオリティサポート依頼書

フリガナ				生年月日
氏名				西暦 年 月 日
住所	〒			
試験回	第 回	TOEIC® Listening & Reading 公開テスト(	年 月 日)	
日中連絡先	電話:	Eメール:		

ご希望の対応内容 ①ご希望の□欄にチェックをご記入ください ②【 】内はいずれかに○をつけ、必要事項をご記入ください

分類	具体的な対応内容		
視覚	<input type="checkbox"/> A-1	拡大版解答用紙【A3 / A4・5 枚 / A4・10 枚 / A4・20 枚】	
	<input type="checkbox"/> A-2	拡大版解答用紙【A3 / A4・5 枚 / A4・10 枚 / A4・20 枚】・拡大版問題用紙(A4 を A3 に拡大)	
*ルーペ、拡大読書器、電子機器等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【補聴器使用: 有 / 無】	*イヤホン、ヘッドホン以外でのリスニング受験や FM 補聴器の持込をご希望の方は、お申し込み前にご相談ください
	<input type="checkbox"/> B-2	イヤホン受験【補聴器使用: 有 / 無】	
	<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【A3 / A4・5 枚 / A4・10 枚 / A4・20 枚】	*試験官によるページめくりをご希望の方は「其他のご要望」の欄にご記入ください
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	□車での来場 【送迎 / 駐車場】 車種: 色: ナンバー:
		出入口に近い座席、車いす専用トイレのある会場 【車いすのまま受験 / イスに座り替えて受験】	
*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 出入口に近い座席、洋式トイレのある会場 【補助具: 無 / 有 ( 杖 / その他: )】	
妊婦	<input type="checkbox"/> E-1	1F 教室またはエレベーターのある会場 出入口に近い座席、洋式トイレのある会場 可動式のイス【希望する / どちらでもよい】	試験当日 妊娠【 】ヶ月
付き添い	□教室まで付き添い □教室にて待機 【付き添う方: ご家族 / ヘルパー / 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、

- 身体障害者手帳(氏名、等級、障害内容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)
  - 精神障害者保健福祉手帳(氏名、等級、障害内容、有効期限が確認できるページ)
  - \_\_\_\_\_
- } 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: \_\_\_\_\_