

## プライオリティサポート依頼について

ご提供いただく内容には、受験者の皆様の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、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® Listening &amp; Reading 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 (当協会が定める有効期限内*のもの)</p> <p>*有効期限は、証明書類の発行日から 1 年間とする。証明書類(障害者手帳等)に有効期限が記載されている場合は、それに準ずる</p> <p>1. 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をご用意ください)</p> <p>2. 医師の診断書</p> <p>3. その他の証明書、またはそれに準ずる書類</p> <p>■ ご提出いただいた書類の有効期限が過ぎた場合は、証明書類のコピーの再提出が必要となります</p> <p>■ 2 年間プライオリティサポートを依頼されない場合は、改めて必要書類のご提出が必要となります</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 [https://www.iibc-global.org/toEIC/priority\\_support](https://www.iibc-global.org/toEIC/priority_support)

## 提出用

TOEIC® Listening & Reading 公開テスト / TOEIC Bridge® Listening & Reading 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	日中連絡先
氏名		西暦 年 月 日	
住所	〒:		最寄駅:
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® Listening & Reading 公開テスト (試験日: 月 日)		
分類	具体的なサポート内容		
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"/> (TOEIC L&Rのみ)A4・20枚】	
	<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"/> (TOEIC L&Rのみ)A4・20枚】 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 【 <input type="checkbox"/> 拡大版問題用紙使用 ※A4 サイズを A3 サイズに拡大】	
*ルーペや拡大読書器等、電子機器の持込をご希望の方は、「その他のご要望」の欄に、名称と型番をご記入ください			
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】	*試験官による筆談対応をご希望の方は、「その他のご要望」の欄にご記入ください *人工内耳の方、FM 補聴器の持込をご希望の方は、「その他のご要望」の欄に、名称、型番および接続方法をご記入ください
	<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"/> (TOEIC L&Rのみ)A4・20枚】	試験官による <input type="checkbox"/> 問題用紙開封 <input type="checkbox"/> ページめくり
	<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】 *机のサイズについてご希望のある方は、「その他のご要望」の欄にご記入ください	□車での来場 【 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 駐車場】 車名: 色: ナンバー*: *例: 品川 330 あ 12-34
		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( )】	
下肢(歩行障がいのある方)	<input type="checkbox"/> D-2		
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"/> 可動式の椅子を希望】	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「その他のご要望」欄にご記入ください	
時間延長	<input type="checkbox"/> G-1	<input type="checkbox"/> 1.5倍 <input type="checkbox"/> 2倍 *症状・時間延長が必要である理由・延長倍率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	□教室まで付き添い □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	
その他のご要望 *上記に該当しないサポートをご希望の方は、具体的な内容と理由をご記入ください			

私は、「要配慮個人情報を含む個人情報の取扱いについて」に同意のうえ、一般財団法人国際ビジネスコミュニケーション協会へ、以下の書類(コピー)を提出いたします。

- 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  
 その他の証明書、またはそれに準ずる書類

記入日: 年 月 日

ご署名: