

臺東縣 114 年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定及教育服務 實施計畫

壹、依據

- 一、特殊教育法及特殊教育法施行細則。
- 二、特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。
- 三、特殊教育學生調整入學年齡及修業年限實施辦法。

貳、目的

- 一、因應學生個別差異，發展學習潛能，提供適性教育，培植優秀人才。
- 二、協助資賦優異學生單科或多科學習領域進行加速、加深或加廣學習，充分運用學習時間。

參、辦理單位

- 一、主辦單位：臺東縣政府教育處
- 二、承辦單位：臺東縣臺東市東海國民小學（臺東市東海里長沙街 329 號）。

肆、申請資格

- 一、113 學年度就讀(本縣)公私立之國民小學二、四年級學生。
- 二、由導師、任課教師或家長向就讀學校推薦或申請，經校內特殊教育推行委員會審查通過之學生。

伍、報名方式

一、初選

- (一) 報名方式：符合報名資格之學生，由學校統一提出報名。
- (二) 報名時間：民國 114 年 2 月 4 日至 2 月 7 日（受理時間 9：00 至 16：00）。
- (三) 報名地點：東海國小圖書館
- (四) 檢附資料：
 1. 初選申請表（附件 1）及鑑定受測證（附件 2），須貼妥近半年內 2 吋證件相片，相片背面請書寫姓名。（受測證適用於初選及複選，請妥善保管）。
 2. 戶籍謄本或戶口名簿正、影本（正本核驗後發還，影本留存）。
 3. 特殊需求學生特質檢核表，須由熟悉學生學習特質之家長或教師填寫。
 4. 限時掛號回郵標準信封 1 個（貼妥郵資 35 元，並請正楷書寫學生姓名、郵遞區號、詳細地址等資料）。
 5. 身心障礙暨特殊需求學生評量服務申請表（附件 3，若無此需求則免附）。身心障礙學生請檢附身心障礙證明/手冊或鑑輔會鑑定文號，其他特殊需求學生請檢附醫生診斷證明書正本，其申請內容得經鑑輔會資優審查小組研議後彈性調整適當之評量服務。
 6. 報名資料檢核表（附件 4），須貼妥於紙袋封面(1 位學生 1 袋)。
 7. 初選報名費 400 元。(低收入戶、身心障礙學生及持有身心障礙證明人士之子女免繳報名費，中低收入戶、原住民學生免除二分之一費用，報名時請檢附相關證明文件)。

二、複選

- (一) 適用對象：通過初選之學生，由家長個別提出報名。
- (二) 報名時間：民國 114 年 3 月 5 日至 3 月 7 日（受理時間 9：00 至 16：00）。
- (三) 報名地點：東海國小圖書館。

(四) 檢附資料：

1. 複選申請表 (附件 5)，須貼妥近半年內 2 吋證件相片，相片背面請書寫姓名。
2. 初選結果通知單及鑑定受測證。
3. 限時掛號回郵標準信封 1 個 (貼妥郵資 35 元，並請正楷書寫學生姓名、郵遞區號、詳細地址等收件資訊)。
4. 身心障礙暨特殊需求學生評量服務申請表 (附件 4，若無此需求則免附)。身障學生於初選已申請者則沿用，其他特殊需求學生若有需求則需重新申請。
5. 複選報名費 600 元。(低收入戶、身心障礙學生及持有身心障礙證明人士之子女免繳報名費，中低收入戶、原住民學生免除二分之一費用，報名時請檢附相關證明文件)。

陸、鑑定方式

一、初選施測說明：

- (一) 施測方式：團體智力測驗。
- (二) 施測地點：臺東縣臺東市東海國民小學 (臺東市東海里長沙街 329 號)
- (三) 施測日期：民國 114 年 2 月 22 日 (六)。
- (四) 施測時程：

時間	08：30 08：50	09：00 09：10	09：10-09：50	10：00 10：10	10：10-10：55	11：05 11：15	11：15-12：00
內容	完成報 到手續	考生 入場	○○科測驗 (含說明、作答 及收卷時間)	考生 入場	○○科測驗 (含說明、作答 及收卷時間)	考生 入場	○○科測驗 (含說明、作答 及收卷時間)

- (五) 通過標準：百分等級 85 (含) 以上。

(六) 注意事項：

1. 初選座位分配表及相關事項於 114 年 2 月 21 日 (五) 下午網路公告於臺東縣政府教育處及東海國小網站。
2. 本鑑定係由主試人員依標準化測驗程序進行，每科目所列測驗時間為測驗準備說明、作答、收卷等相關程序總計所需時間，非考生實際作答時間；其實際測驗情形，請考生於測驗時仔細聆聽主試人員說明。
3. 進入測驗場地請務必攜帶鑑定受測證、鉛筆、橡皮擦，不得攜帶電子儀器用品，如因書寫塗改無法辨認答案者，不予計分。
4. 請考生自行攜帶手錶，以利作答。手錶不得具有資訊傳輸、感應、錄音、拍攝或記錄功能，且考試期間不得發出聲響，數位載具 (例如智慧手錶、智慧手環等) 均不得佩戴。
5. 學生違反鑑定相關規定時，例如污損試卷、將試題及答案卡卷攜出試場、抄錄測驗內容、手機發出鈴響、干擾其他考生等，由試務承辦單位提請本縣鑑輔會審議後，該鑑定科目依情節輕重酌予扣分。
6. 應試學生依時繳卷，並俟主試人員收卷登記後始得出場。
7. 測驗當日請準時報到，請於預備時間內進場並對號入座，鐘響後遲到 10 分鐘以上不得入場應試。

8. 測驗結果不公布測驗原始分數，只公布通過鑑定與否。家長不得要求親公布施測工具、答案、成績及施測人員姓名。

9. 測驗場地如因不可抗之因素無法施測，則改往備用場地舉行(施測前公告)。

(七) 初選結果公告：114年3月4日網路公告於臺東縣政府教育處及東海國小網站，並函文各校，初選結果通知單以掛號寄至各學生通訊地址。

二、複選施測說明：

(一) 施測對象：通過初選者。

(二) 施測方式：個別智力測驗。

(三) 施測地點：臺東縣臺東市東海國民小學(臺東市東海里長沙街329號)

(四) 施測日期：民國114年3月15日(六)或民國114年3月16日(日)。

(五) 個測施測依參加複試人數實際情況安排時間，每位考生預計須2.5小時，但會因個人答題狀況增減，考生不得指定應考時間，並須依主辦單位排定測驗時段提早30分鐘報到。

(五) 通過標準：百分等級97(含)以上。

(六) 注意事項：

1. 複選個測時間、場地分配表及相關事項：114年3月13日網路公告於臺東縣政府教育處及東海國小網站。

2. 進入複選場地請務必攜帶鑑定受測證、2B鉛筆、橡皮擦，不得攜帶電子儀器用品。

3. 測驗當日請準時報到，請於預備時間內進場並對號入座，鐘響後遲到10分鐘以上不得入場應試。

4. 複選結果不公布測驗原始分數，只公布通過鑑定與否。

(七) 複選結果公告：114年3月24日網路公告於臺東縣政府教育處及東海國小網站，並函文各校，複選結果通知單以掛號寄至各學生通訊地址。

三、針對身心障礙及社經文化地位不利之學生欲參加鑑定者，經鑑輔會資優審查小組審議後，視需要調整評量工具及施測程序。

柒、施測成績複查

一、初選成績複查申請時間：114年3月05日(三)9:00至16:00受理。

二、複選成績複查申請時間：114年3月25日(二)9:00至16:00受理。

三、複查申請受理地點：臺東縣東海國民小學圖書館。

四、申請複查應攜帶文件(若有缺件，恕不受理)：

(一) 複查申請表(附件6)。

(二) 受測證正本。

(三) 家長身分證明文件。

(四) 限時掛號郵資35元之標準回郵信封1個(請填妥學生姓名、收件地址等資料)。

(五) 複查申請費用100元。

五、各階段施測成績複查申請以1次為限，複查工作僅確認成績之登錄、計算，不重新閱卷。

六、複查程序由本縣鑑輔會執行，家長不得要求親自翻閱試卷。

捌、申復/申訴

一、申復：

- (一)學生或其監護人、法定代理人對於初、複選結果有異議者，得於該結果公告之次日起 7 日內（含例假日），向本縣「特殊教育學生鑑定及就學輔導會」提起申復。
- (二)申復之提出請填具「臺東縣 114 學年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定申復書」（附件 8），於期限前以限時掛號郵寄或親送至「臺東縣資優資源中心收」（臺東縣臺東市四維路二段 23 號），信封上註明「提早入學鑑定申復書」字樣。（郵寄者以郵戳為憑，逾期不予受理）

二、申訴：

- (一)學生或其監護人、法定代理人對於申復結果有異議者，得於收到申復結果通知之次日起 30 日內（含例假日），向本縣「特殊教育學生鑑定安置輔導申訴評議會」提起申訴。
- (二)申訴之提出請填具「臺東縣 114 學年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定申訴書」（附件 9），於期限前以限時掛號郵寄或親送至「臺東縣資優資源中心收」（臺東縣臺東市四維路二段 23 號），信封上註明「提早入學鑑定申訴書」字樣。（郵寄者以郵戳為憑，逾期不予受理）

玖、資優教育服務內容(檢附本縣教育服務申請表供參，如附件 7)

通過資優鑑定之學生，可選擇下列其中一項教育服務方式：

- 一、入學資優資源班：入學本縣國民小學分散式資優資源班設班學校(東海國小)。
依特殊教育法第 38 條所示，資優生入學需依各教育階段法規辦理。因此，選擇入學東海國小資優資源班的資優生，需於該校有缺額的情況下，完成轉學手續後，才能入學。
- 二、參與校本資優教育方案：由資優生入學學校擬訂校本資優教育方案，向教育處提案申請。
方案計畫可依學生優勢能力與實際需求，各年級學生每週安排 2 至 4 節課程。

拾、承辦本鑑定工作有功人員，得依「臺東縣政府所屬教育專業人員獎懲標準表」辦理敘獎。

拾壹、本計畫經縣府核定後實施，修正時亦同。

**臺東縣 114 年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定
鑑定作業時程**

日期	工作項目	注意事項
113 年 12 月	公布實施計畫	請各校將相關資訊轉知家長。
113 年 12 月 15 日	鑑定說明會	各校業務承辦人務必參加。
	家長說明會	
114 年 02 月 04 日 至 02 月 07 日	初選報名(報名)	備妥學生各項資料，提出報名，逾期恕不受理。
114 年 02 月 21 日	公布初選座位分配	網路公告於台東縣教育處及東海國小網站。
114 年 02 月 22 日	初選(團體施測)	地點：東海國小。
114 年 3 月 4 日	公告初選通過名單	1. 網路公告於台東縣教育處及東海國小網站並函文各校。 2. 初選結果通知單以掛號寄至各學生通訊地址。
114 年 3 月 5 日	初選成績複查	1. 備妥相關文件送交東海國小提出申請，待資優資源中心複查後回覆。 (下午 4 時截止)。 2. 複查費：100 元。
114 年 03 月 05 日 至 03 月 07 日	複選報名(報名)	由家長備妥學生各項檢附資料，個別提出報名，逾期恕不受理。
114 年 03 月 13 日	公布複選個測時間及場地分配	下午 5:30 前網路公告於台東縣教育處及東海國小網站
114 年 03 月 15 日 至 03 月 16 日	複選(個別施測)	地點：東海國小。
114 年 03 月 17 日 至 03 月 18 日	專家學者綜合研判	鑑輔會鑑定小組進行綜合研判與結果審議。
114 年 3 月 24 日	公告複選通過名單	1. 下午 5:30 前網路公告於台東縣教育處及東海國小網站，並函文各校。 2. 複選結果通知單以限時掛號寄至各學生通訊地址。
114 年 3 月 25 日	複選成績複查	1. 備妥相關文件送交東海國小提出申請，待資優資源中心複查後回覆。 (下午 4 時截止)。 2. 複查費：100 元。
函知學校鑑定安置結果		
114 年 7 月	鑑定結果提交 台東縣鑑輔會備查	

(附件1)

臺東縣114年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定 初選報名表

壹、基本資料				
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	請黏貼 2吋證件相片
身分證字號		生日	年 月 日	
學校		班級	年 班	
父		聯絡 電話		
母		聯絡 電話		
戶籍地址				
聯絡地址				
貳、推薦資料				
一、學業成績資料				
112 學年度 第 2 學期總成績		：	113 學年度 第 1 學期總成績	
二、社會適應狀況：				
推薦人簽章：				
三、學習特質或特殊表現				
推薦人簽章：				

參、相關測驗表現

測驗名稱	測驗結果		實施日期	測驗結果
	原始分數	標準分數或百分等級		

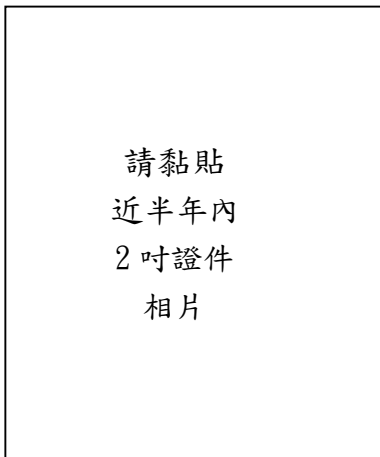
肆、其他

(經專家學者、指導教師或家長觀察推薦，請檢附學習特質及參加競賽獲得傑出表現之具體資料)

家長簽章	導師簽章	承辦人簽章	主任簽章	校長簽章

臺東縣 114 年度
國民小學一般智能資賦優異學生鑑定

鑑定受測證



受測證號碼：_____

姓 名：_____

就 讀 學 校：_____

初選日期：114 年 2 月 22 日（星期六）

複選日期：114 年 3 月 15 或 16 日（星期六或日）

考試地點：臺東縣東海國民小學

（臺東市東海里長沙街 329 號）

注意事項

1. 考生須於各場次規定時間攜帶本鑑定受測證準時報到，並於預備時間內進場並對號入座。該場次考試時間結束後，統一離場。
2. 預備時間鐘響完畢後，不得入場。未攜帶本鑑定受測證，不得應考。
3. 考生請自備 2B 鉛筆、橡皮擦、透明無格線或文字之墊板。除自備文具外，電子儀器等其他物品不得攜入考場，違者取消考試資格。
4. 考生不得有交談、偷看、抄襲、夾帶、頂替或其他舞弊情事，違者取消考試資格。
5. 違反上述相關規定者，提報臺東縣鑑輔會進行審議。
6. 通過初選者，需攜帶本受測證報名參加複選，請妥善保管。
7. 其他未盡事項，經本縣鑑輔會通過後實施，修正時亦同。

(附件3)

臺東縣114年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定
身心障礙暨特殊需求學生評量服務申請表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受測證號碼	收件單位填寫
就讀學校			出生日期	年	月 日
緊急聯絡人		與學生關係		緊急聯絡人 電話	
障礙或 特殊情況簡述	<input type="checkbox"/> 無特教身分 <input type="checkbox"/> 有特教身分，特教類別：				
繳驗證件	<input type="checkbox"/> 鑑輔會鑑定文號：府教特字第（適用於有特教身份且未持有身障證明/手冊者，請申請學校至通報網列印出含鑑定文號記錄之學生基本資料，並貼於本申請表背面） <input type="checkbox"/> 身心障礙證明/手冊（請將身障證明/手冊正反面影本貼於本申請表背面） <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明書正本（適用於其他特殊需求學生，請貼於本申請表背面）				
申請服務項目			審定結果		
輔助設備（考生自備，需經檢查後使用） <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 輔具（含助聽器） <input type="checkbox"/> 醫療器材（請說明：） <input type="checkbox"/> 其他			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 延長作答時間20分鐘（由休息時間扣除）			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 提早五分鐘入場			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 放大試卷			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 重謄或代劃答案卡			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 安排在一樓或設有電梯之試場			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 特殊桌椅 請說明所需設備及規格：			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
家長簽章		導師簽章		審查小組承辦人簽章	

(附件 4) (請粘貼於紙袋封面, 1 學生 1 袋)

臺東縣 114 年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定 報名資料檢核表

受測證編號 (由收件單位填寫):

學生姓名:

就讀學校:

班級: 年 班

學校承辦人:

(職稱:

聯絡電話:

)

項次	資料內容	審核 (本欄由審查人員勾選)		備註
		校內初審	收件單位複審	
一	鑑定初選報名表	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	請貼妥照片
二	鑑定受測證	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	請貼妥照片
三	戶口名簿(或戶籍證明文件)影本	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	
四	特殊需求學生特質檢核表	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	國小檢附
五	限時掛號郵資 35 元之標準回郵信封	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	請填妥學生姓名、收件地址等收件資訊
六	身心障礙暨特殊需求學生評量服務申請表	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	無則免附
七	初選報名費新臺幣 400 元 <input type="checkbox"/> 一般身分(全額) <input type="checkbox"/> 低收入戶、身心障礙學生及持有身心障礙證明人士之子女(免繳報名費) <input type="checkbox"/> 中低收入戶、原住民學生(免除 2 分之 1 費用)	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	
八	減免費用證明	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備	無則免附
審核結果		<input type="checkbox"/> 通過	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過, 退件	
審核人員簽章				

※注意事項:

1. 「受測證編號」不需填寫, 請依據各項資料進行檢核與校內初審, 並於各初審欄位中打✓。
2. 所有繳交資料請以 A4 格式影印彙整, 並依項次排序及裝訂。

(附件5)

臺東縣114年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定

複選報名表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	請黏貼 近半年內 2吋證件 相片
身分證字號		生日	年 月 日	
學校		班級	年 班	
父		聯絡 電話		
母		聯絡 電話		
戶籍地址				
聯絡地址				
複選申請 文件審查 (本欄由收 件單位勾 選)	<input type="checkbox"/> 初選結果通知單及鑑定受測證 <input type="checkbox"/> 限時掛號郵資 35 元之標準回郵信封 <input type="checkbox"/> 身心障礙暨特殊需求學生評量服務申請表 (無則免附) <input type="checkbox"/> 沿用初選申請結果 <input type="checkbox"/> 有需求 複選報名費新臺幣 600 元 <input type="checkbox"/> 一般身分 (全額) <input type="checkbox"/> 低收入戶、身心障礙學生及持有身心障礙證明人士之子女 (免繳報名費) <input type="checkbox"/> 中低收入戶、原住民學生 (免除二分之一費用) <input type="checkbox"/> 減免費用證明 (無則免附)			
審查人員核章				

(附件 6)

臺東縣114年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定 成績複查申請表

申請日期： 年 月 日

學生姓名		受測證號碼	
聯絡電話		聯絡地址	
申請複查項目 (複查項目請√)	初選	複選	
	<input type="checkbox"/> 團體測驗	<input type="checkbox"/> 個別測驗	
原登記結果			
申請人簽名			
複查費100元	<input type="checkbox"/> 繳交(由收件單位勾選)		

.....請.....勿.....撕.....開.....

臺東縣114年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定 成績複查回覆表

學生姓名		受測證號碼	
聯絡電話		聯絡地址	
申請複查項目 (複查項目請√)	初選	複選	
	<input type="checkbox"/> 團體測驗	<input type="checkbox"/> 個別測驗	
複查結果			
備註			

臺東縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會

(附件 7)

臺東縣「資賦優異學生」教育服務申請表

填表日期：_____年_____月_____日

※學校特教承辦人聯絡電話：_____

一、個案基本資料：				
學生姓名		身分證字號		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期		實足年齡	歲 月	電話
通訊地址				
二、目前就讀學校及年級：				
學校	國小	年級		
三、特教資格：				
鑑輔會 鑑定紀錄	鑑定文號：_____年_____月_____日 府教特_字第_____號 資優類別： <input type="checkbox"/> 國中數理學術性向資優 <input type="checkbox"/> 國小一般智能資優			
五、欲申請之服務型態及服務型態說明：				
<ul style="list-style-type: none"> ● 請依照志願序在空格中填入數字 1、2... ● 若選填之學校已招生額滿，即往下一志願序之學校安置。 				
志願序 (請家長填寫)	服務型態	服務型態說明		
	資優資源班(入學東海國小資優資源班) 114 學年度東海國小二、四年級學生已是額滿狀態，需排序(依該學區設籍日)候補，待有缺額才能通知轉入。已在東海國小就讀之學生，不受此限制。)	平時在普通班接受教育，每週固定抽離或外加部分節數到資優資源班接受資優教育服務。目前各縣市均依法提供此類安置模式，本縣國小分散式資優資源班設置於東海國小。		
	校本資優教育方案 欲入學學校依序是：(必填) _____國小 _____國小 _____國小	由該校提供學生資優課程及活動，師資及課程內容皆由校內教師與家長商討後，進行規劃及安排。		
	普通班接受特教服務	僅保留資優鑑定身份，由學校提供相關輔導及諮詢服務，不接受校本資優教育方案或資優巡迴輔導班的教學。		
六、監護人(家長)簽名及行政人員核章：				
監護人(家長)	班級導師	特教承辦人	主任	校長
<small>※簽名亦表示同意依說明辦理。</small>				

1. 請家長於 4 月 7 日前，將本申請表送交學校業務承辦人。
 2. 請學校端務必於 4 月 11 日前將本申請表函送本府。
- (附件 8)

臺東縣 114 學年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定

申復書

基本資料	學生姓名	性別	出生日期	年	月	日	身分證 統一編號	
	就讀學校						就讀年級	
	戶籍地址						連絡電話	
	通訊地址						電子郵件	
申復原因	<input type="checkbox"/> 不同意初選/複選結果(初選/複選公告日期： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 其他：_____。 說明：							
申復人 簽名	(學生本人)							
申復人 簽名	(父母或法定代理人簽名)							

備註：

申復人於收受或知悉初選/複選結果之次日起7日內(含例假日)填具申復書，備妥相關補充佐證資料以郵寄或親送方式至「臺東縣資優資源中心」(臺東縣臺東市四維路二段23號，聯絡電話：089-361107 分機：14)，向本縣「特殊教育學生鑑定及就學輔導會」提起申復。

(附件 9)

臺東縣 114 年度國民小學一般智能資賦優異學生鑑定

申訴書

基本資料	學生姓名		性別		出生日期	年		身分證 統一編號	
						月			
						日			
	就讀學校							就讀年級	
戶籍地址							連絡電話		
通訊地址							電子郵件		
申訴原因	<input type="checkbox"/> 不同意申復結果(申復結果通知日期： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 其他：_____。 說明：								
申訴人 簽名	(學生本人)								
申訴人 簽名	(父母或法定代理人簽名)								

備註：

申訴人於收受或知悉申復結果之次日起30日內(含例假日)填具申訴書,備妥相關補充佐證資料以郵寄或親送方式至「臺東縣資優資源中心」(臺東縣臺東市四維路二段23號,聯絡電話:089-361107分機:14),向本縣「特殊教育學生鑑定安置輔導申訴評議會」提起申訴。

