

司法試験予備試験身体障害者等受験特別措置申出書（口述試験用）				
令和 年 月 日				
司 法 試 験 委 員 会 御 中				
ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	性別 男 女
住所		電話番号	自 宅 携 帯 その他（ ）	
		e-mail		
身体障害者手帳の交付を受けている方は、下欄に必要事項を記入してください				
交付年月日	年 月 日	障害の等級		
障害名				
区分	障害の程度（該当する事項の「該当の有無」欄に○印を記入してください）			該当の有無 （○印記入）
視 覚 障 害	I	良い方の眼の視力（万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）が0.03以下の者		
		良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下の者		
		周辺視野角度（I／4視標による。以下同じ。）の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度（I／2視標による。以下同じ。）が28度以下の者		
		両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下の者		
	II	良い方の眼の視力が0.15以下の者		
		周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度が56度以下の者		
		両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下の者		
	III	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.60以下の者		
IV	上記区分以外の視覚障害を有する者			
聴 覚 障 害	① 両耳の聴力レベルが70デシベル以上の者（40cm以上の距離で発声された会話を理解し得ない者）		①	
	② 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上の者		②	
	上記以外で聴覚に障害を有する者			
音 声 ・ 言 語 機 能 障 害	① 音声・言語機能を喪失した者		①	
	② 音声・言語機能障害が著しい者		②	
そ の 他 傷 病 等 （次の欄に具体的な傷病名を記載してください）				
この欄には、該当する事項が「その他傷病等」の場合又は他に補足すべき事項がある場合にその症状等を具体的に記入してください				

区 分	受 験 に 際 し て 希 望 す る 措 置 (希望する措置の「希望の有無」欄に○印を記入し、必要事項を記入してください)	希望の有無 (○印記入)
視 覚 障 害	Iに該当する受験者全員：電子データによる試験用法令集の貸与（パソコンは持参する）	
	拡大した試験用法文の貸与（Ⅱ～Ⅳに該当する者）	
聴 覚 障 害	筆談による発問及び解答（①又は②に該当する者）	
	注意事項等の文書による伝達	
	受験者控室での座席を前列に配席	
	補聴器の持参使用（補聴器の種類・形状が特定できる書面〔使用説明書又はカタログ等の写しで可〕を本書に添付してください。なお、電波受信機能〔FM式等〕を利用した補聴器は使用できません。）	
音声・言語機能障害	筆談による発問及び解答（①又は②に該当する者）	
障害の区分なし	車椅子受験 【車椅子のサイズ等(床からアームレスト等までの高さ、必要な机の条件)】	
	試験室入退出時の付添人の同伴（同伴が必要な理由を記載してください。） 【理 由】	
	自動車の試験場構内への乗り入れ又は駐車 (車種及び車両番号等を記載してください。) 【車種・色】 【車両番号】	乗り入れ 駐 車
その他の希望措置（記載事項以外で、希望する措置があれば記載してください。）		

※ 本書は、受験特別措置を申し出る本人が記載してください（代筆可）。