附件二

低收入戶者及身心障礙者參加商業管理職能認證體系考試費用補助

**證 件 黏 貼 頁**

* 學員姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 考科名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 考場名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 考試日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

|  |  |
| --- | --- |
| （申請人**身分證**正面影本黏貼處） | （申請人**身分證**反面影本黏貼處） |
| （申請人**身心障礙手冊**正面影本黏貼處） | （申請人**身心障礙手冊**反面影本黏貼處） |