# 支援サービス利用までの流れ

支援サービスは、申請書の提出が必要なサービスと申請書の提出が必要ないサービスがあります。

いずれの場合も必ず事前に試験会場へご相談ください。

申請書提出の要否は、支援サービスのWebページ（https://www.odyssey-com.co.jp/accessibility/）をご確認ください。

受験者IDの登録

試験の申込と受験料のお支払い

**試験当日**

試験会場へ受験相談

**申請書の提出が必要ないサービスの利用手順**

受験者IDの登録

※試験会場にキーボードやマウスを

持ち込む場合のみ、試験会場で事前に

キーボードやマウスの動作確認

受験希望日の1か月前までに
弊社へ支援サービス申請書を提出

（障がい者手帳のコピーもしくは医師の診断書を添付）

試験の申込と受験料のお支払い

**試験当日**

弊社から支援サービス審査結果を郵送

試験会場へ受験相談

**申請書の提出が必要なサービスの利用手順**

## 申請書送付先とお問い合わせ窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書送付先 | **〒100-0005　東京都千代田区丸の内3-3-1　新東京ビル****株式会社オデッセイコミュニケーションズ カスタマーサービス** |
| Eメール | mail@odyssey-com.co.jp |

# 支援サービス利用申請の手順

1. 試験会場へ受験相談
支援サービスを利用して受験したいことを試験会場にご相談ください。

|  |  |
| --- | --- |
| **注意！** | **受験者IDやパスワードを忘れた場合は、試験当日に支援サービスを利用できません。** |

1. 受験者IDの登録
受験の際には、受験者IDが必要になります。受験者IDをお持ちでない方は、受験者IDを登録してください。（https://www.odyssey-com.co.jp/id/）
受験の際は、必ず申請した受験者IDを使用してください。
※すでに受験者IDをお持ちの場合は、IDの新規登録は必要ありません。
2. 申請書の提出
受験希望日の1か月前までに、以下の書類を弊社にお送りください。特定記録もしくは簡易書留郵便にて送付いただくことをお勧めします。
【送付する書類】
	* + 上肢障がいもしくは視覚障がいについての記載がある「身体障がい者手帳のコピー」
		+ 本資料4～5枚目の「支援サービス申請書」

身体障がい者手帳をお持ちでない方は、「身体障がい者手帳のコピー」の代わりに、医療専門機関で「診断書」を発行していただいてください。
医療専門機関に診断書のフォーマットが無い場合は、本資料6枚目の「診断書」のフォーマットをご利用ください。診断書は、発行日から3か月以内のものに限ります。

【診断書に記載が必要な項目】

* + - 受験者の氏名
		- 障がい名、または障がいの程度
		- 障がいがコンピュータの操作に与える影響
		- 医師名、医療機関印（医師個人の印鑑は不可）、医療機関名、医療機関連絡先電話番号、診断日

身体障がい者手帳のコピーおよび診断書は、審査結果に同封して返送いたします。

1. 結果の郵送
支援サービス申請書を受領してから10営業日以内（土日祝日を除く）に、審査結果を簡易書留郵便でお送りします。なお、弊社から試験会場に対して、お客様の「氏名」「支援サービスの内容」を連絡します。
2. 試験の申込
審査結果を受け取ったら、試験会場に受験を正式に申込してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 注意１ | 試験会場名や試験担当者、障がいの内容など、記載内容に不足があると、審査が遅れたり支援サービスを利用できない場合があります。 |
| 注意2 | キーボードやマウスの持ち込みは、特別なソフトウェアやデバイスドライバを必要としない機器に限ります。 |
| 注意3 | 支援サービスを利用できるお客様が、同じ試験会場で別の試験科目を受験する場合は、申請書をあらためて提出する必要はありません。試験会場にお客様から直接連絡していただき、前回と同じ支援サービスを利用して受験したいことをお伝えください。前回とは別の試験会場で受験する場合は、弊社から試験会場へ伝達事項があるため、必ず弊社へご連絡ください。 |

## 試験時間延長の有効期限

支援サービスの［試験時間の延長］を利用する場合、有効期限は2年間です。有効期限が終了するお客様には、終了の30日前にメールでお知らせします。また、デジタル認定証で有効期限を確認することもできます。有効期限が終了したあとで時間延長を使用してご受験したい場合は、初回の申請と同じ方法で再度支援サービスの申請をしてください。再申請の際は、以前取得した受験者IDを申請書に記載してください。※受験者IDやパスワードをお忘れの場合は、受験者IDを登録しなおしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| **注意！** | **時間延長の有効期限は2年間です。有効期限が経過した場合は、再度支援サービスの申請が必要になります。** |

### 時間延長有効期限終了時のメール件名

［試験時間の延長］の適用を終了するお客様には、受験者IDに登録されたメールアドレスあてに、以下の件名のメールがcustomerservices@certiport.com から配信されます。

|  |  |
| --- | --- |
| メール配信時期 | 件名 |
| ［試験時間の延長］有効期限が終了する30日前 | **受験支援サービスの有効期限が残り30日間です** |

### 時間延長の有効期限の確認

時間延長が適用されたお客様は、受験者IDとパスワードでデジタル認定証にログインすると時間延長の有効期限を確認することができます。

詳しい手順は支援サービスのWebページ（https://www.odyssey-com.co.jp/accessibility/）に掲載してある「試験時間の延長設定を確認する手順書」をご覧ください。

# **支援サービス申請書**

個人情報の利用目的
ご記入いただいた個人情報は、支援サービスの審査作業と審査結果の連絡、お客様がご利用になる支援サービス内容を試験会場に伝達する目的のみに利用します。収集した個人情報を弊社および試験会場以外に提供することはありません。個人情報に関する基本方針やお問い合せ窓口は、弊社のプライバシーポリシー（[https://www.odyssey-com.co.jp/privacy/](http://www.odyssey-com.co.jp/privacy/)）をご覧ください。

支援サービス申請書を提出いただいた場合は、上記利用目的に同意されたものとみなします。署名や記載内容に不備がある場合は、申請を受理できないことがあります。

|  |
| --- |
| 署名 |
| 受験者署名（自署） |  | **記入日** |       |
| ※申請時に小学生以下の方のみ、以下署名欄に保護者の署名をお願いします。 |
| 保護者署名（自署） |  |

|  |
| --- |
| 受験者の情報 |
| 受験者ID(必須)※申請前に必ずIDを取得してください |       |
| 受験者名(必須) | フリガナ　      | フリガナ　      |
| 漢字姓：      | 漢字名：      |
| 自宅住所(必須) | 〒           |
| 電話番号(必須) |      ※日中に連絡のとれる番号をご記入ください |
| メールアドレス(必須) |       |

|  |
| --- |
| 受験情報 |
| 試験の種類（必須）複数選択可 | **[ ]** MOS | **[ ]** IC3 | **[ ]** アドビ認定プロフェッショナル | **[ ]** マイクロソフト認定資格(※) |
| 科目（MOS受験の方のみ）複数選択可 | **[ ]** Word | **[ ]** Excel | **[ ]** PowerPoint | **[ ]** Outlook | **[ ]** Access |
| バージョン（MOS受験の方のみ） | **[ ]** MOS2016 | **[ ]** MOS2019 | **[ ]** MOS365 |
| レベル（MOS受験の方のみ）複数選択可 | **[ ]** 一般レベル | **[ ]** 上級レベル |

※「マイクロソフト認定資格」は、AZ-900やMS-900などの科目を指します。詳細は右ページをご覧ください。（https://mta.odyssey-com.co.jp/）

|  |
| --- |
| 試験会場 |
| 試験会場と受付担当者名 | 試験会場名**(必須)**：      |
| 受付担当者名**（必須）**：      | 試験会場への連絡日**（必須）**：      |

|  |
| --- |
| 障がいの内容 |
| 障がいの種別（必須）複数選択可 | **[ ]** 上肢 | **[ ]** 視力 |
| 試験官とのコミュニケーション（必須） | **[ ]** 本人が試験官と十分なコミュニケーションをとれる | **[ ]** 補助する方を通してコミュニケーションをとれる |
| 車椅子での受験（必須） | **[ ]** 車椅子で来場予定 | **[ ]** 車椅子で来場しない |
| ※車椅子で来場予定の場合は、ご記入ください | A.全幅（左右で一番広い部分） |      cm | **A****C****B** |
| B.全長（フットプレートの前からタイヤ後部まで） |      cm |  |
| C.床から座シートまでの高さ |      cm |  |

|  |
| --- |
| 申請理由（必須） |
| 申請理由申請の理由を具体的に記入してください。 | （記入例1） 右上肢機能の障がいにより入力は左手のみ、キーボードとマウスの同時操作が困難。このため、入力に時間がかかる。（記入例2）視覚障がいによりモニターの文字や画像を判読するのに時間がかかる。      |

|  |
| --- |
| 利用サービス（必須・複数選択可） |
| 試験時間の延長 | **[ ]** 利用する(2年間有効) |  |
| マウスやキーボードの持込 | **[ ]** ある　　（　メーカー名・機種名・型番　      　　　　 　　　） |
| ※マウスやキーボードの持ち込みがある場合は記入してください |
| ルーペやおもりの持込 | **[ ]** ある（       　　　） |
| ※ルーペやおもりの持ち込みがある場合は記入してください |
| 固定キーの利用 | **[ ]** 利用する |

別紙：

|  |
| --- |
| **診断書**氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　障がい名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　障がいがコンピュータの操作に与える影響：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の通り診断します。医師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　印医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日付：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |