

## 聽語復健課程之申請表

|                           |  |  |  |  |  |             |  |                            |  |  |                            |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|-------------|--|----------------------------|--|--|----------------------------|--|--|
| <b>基本資料</b>               |  |  |  |  |  | 填表日期： 年 月 日 |  |                            |  |  |                            |  |  |
| 學生姓名                      |  |  | 身分證字號  |  |  | 性別          |  | <input type="checkbox"/> 男 |  |  | <input type="checkbox"/> 女 |  |  |
| 校名                        |  |  | 科(系)、所   |  |  | 年級          |  |                            |  |  |                            |  |  |
| 已申請之輔具類別                  |  |  | <input type="checkbox"/> 調頻系統， <input type="checkbox"/> 溝通輔具， <input type="checkbox"/> 調頻系統+溝通輔具 |  |  |             |  |                            |  |  |                            |  |  |
| <b>聯絡方式</b>               |  |  |  |  |  |             |  |                            |  |  |                            |  |  |
| 電話(日)                     |  |  | 電話(夜)  |  |  | 手機          |  |                            |  |  |                            |  |  |
| e-mail                    |  |  | 傳真電話   |  |  | 家長電話        |  |                            |  |  |                            |  |  |
| 資源教室或輔導室<br>老師姓名          |  |  | 學校資源教室<br>或輔導電話  |  |  |             |  |                            |  |  |                            |  |  |
| 可接受指導的日期與時間：              |  |  |  |  |  |             |  |                            |  |  |                            |  |  |
| 希望得到的聽語服務項目：              |  |  |  |  |  |             |  |                            |  |  |                            |  |  |
| 聽語師之姓名與服務單位(請參閱本中心合格人員名單) |  |  |  |  |  |             |  |                            |  |  |                            |  |  |