

聽語復健課程之申請表

基本資料						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								
聯絡方式											
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 老師姓名			學校資源教室 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)											