

聽語復健課程申請表

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"/> 遠距聽覺輔助系統， <input type="checkbox"/> 溝通輔具， <input type="checkbox"/> 遠距聽覺輔助系統+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)					