

國立高雄師範大學特殊教育學系聽力學與語言治療碩士班

臨床抵免實習時數申請表

組 別	<input type="checkbox"/> 語言治療組 <input type="checkbox"/> 聽力學組			
基本 資料	姓 名		學 號	
	畢業學校科系		畢業年度	年
	語言治療師或聽力師 全職工作資歷			
審核 文件	本科系畢業	<input type="checkbox"/> 成績證明		
	非本科系畢業	<input type="checkbox"/> 二年以上工作證明 <input type="checkbox"/> 其他文件_____		
審核 結果				

審核人員 簽名：

日期：

抵免臨床實習時數審核表（語言治療組）

姓 名

學 號

本辦法經 95 學年度第一學期第三次所務會議修訂通過，自 95 學年度入學實施

審核項目（最高可抵免時數）	抵免時數	審查人員簽名	審查方式（可複選）
兒童言語及吞嚥評估（20 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
成人言語及吞嚥評估（20 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
兒童語言評估（15 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
成人語言評估（15 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
兒童言語及吞嚥治療（20 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
成人言語及吞嚥治療（20 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
兒童語言治療（15 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
成人語言治療（15 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
聽力評估、篩檢、聽能復健 （35 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
其他（75 小時） 上述 7 個項目可抵免之時數若已 超過最高抵免時數，可列於本項。			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件

審核人員：_____

主任簽名：_____

日期：_____

抵免臨床實習時數審核表（聽力學組）

姓 名

學 號

本辦法經 95 學年度第一學期第三次所務會議修訂通過，自 95 學年度入學實施

審核項目（最高可抵免時數）	抵免時數	審查人員簽名	審查方式（可複選）
兒童聽力評估（25 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
成人聽力評估（25 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
兒童擴音系統或聽覺輔助系統選配與評估（25 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
成人擴音系統或聽覺輔助系統選配與評估（25 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
兒童及成人聽能復健/創健（25 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
內耳前庭功能評估（25 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
語言及言語障礙篩檢、評估與治療（35 小時）			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件
其他（65 小時） 上述 7 個項目可抵免之時數若已超過最高抵免時數，可列於本項。			<input type="checkbox"/> 口試 <input type="checkbox"/> 筆試 <input type="checkbox"/> 實際操作 <input type="checkbox"/> 證明文件

審核人員：_____

主任簽名：_____

日期：_____