

亞洲大學 聽力暨語言治療學系 聽力實習機構申請表

申請學生姓名_____；年級_____；學號_____

申請日期_____

◇ 填表說明：

一、臨床實習督導聘任原則為：[申請時請檢附資歷文件]

1. 指導老師應具聽力師執照，且具3年(含)以上聽力師法規範之執業機構之從業經驗。
2. 助聽輔具機構指導老師應具聽力師執照，且具2年(含)以上聽力師法規範之執業機構之從業經驗。

實習機構名稱	
實習單位別	
單位地址	
單位電話	
單位負責人	
實習聯絡人	姓名： 電話： EMAIL：
督導老師姓名	
可供實習區段	自____年____月____日至____年____月____日
可供實習項目	<input type="checkbox"/> 兒童聽力評估 <input type="checkbox"/> 成人聽力評估 <input type="checkbox"/> 內耳前庭功能評估 <input type="checkbox"/> 兒童擴音系統/聽覺輔助系統評估、選配 <input type="checkbox"/> 成人擴音系統/聽覺輔助系統評估、選配 <input type="checkbox"/> 兒童聽能復健/創健 <input type="checkbox"/> 成人聽能復健/創健 <input type="checkbox"/> 其他_____
實習費用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，計算方式_____
實習訪視 (可複選)	<input type="checkbox"/> 實體訪視 <input type="checkbox"/> 電話訪視 <input type="checkbox"/> 視訊訪視 <input type="checkbox"/> 以上任一方式均可

<p>備 註 說 明 (如：周末須配合出勤、最低實習週數要求)</p>	
---	--

學生簽名：

機構代表人簽名：

填寫日期：