嘉義縣特殊教育相關專業人員服務申請表

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學 校 |  | 學生姓名 |  | 班級 |  |
| 障礙類別： 身障證明：□無 □有，障礙類別 \_\_\_\_\_\_\_\_ 程度：□輕□中□重 目前接受醫療院所服務：□無 □物理治療□職能治療□語言治療 \_\_\_\_\_週\_\_\_\_\_次 |
| 申請項目 | □物理治療（粗大動作明顯落後） □職能治療（精細動作明顯落後）□語言治療 □其他：□已有復健醫生診斷證明（請附影本，無須派治療師做評估） |
| 承辦人： 聯絡電話：學校- 手機- |

家長： 主任： 校長(園長)：

備註：

1. 此表為新案申請使用，舊案無須填寫此表。
2. 因語言治療師人力有限，語言治療優先提供學前及國小一、二年級申請。
3. 請將本表核章及需求觀察評量表寄送至特殊教育資源中心-嘉義縣民雄鄉興中村30號(興中國小)
4. 若需諮詢請洽05-2217484#15 特殊教育資源中心 蔡至旻老師

……………………………………………………………………………………………….

 嘉義縣特殊教育相關專業人員服務評估結果（特教資源中心填寫）

|  |
| --- |
| □無需特殊教育相關專業人員服務給學校建議如下： |
| □需特殊教育相關專業人員服務種類：□物理治療 □職能治療 □語言治療 □其他：需求度：□輕度 □中度 □重度 |
| 評估者：  | 資源中心處理情形 | □已派案 □已給學校治療師之建議 □其他： |

承辦人： 單位主管：