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 114.9.9版

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學 校 |  | 學生姓名 |  | 年班 |  |
| 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 □聽力師※ □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）  ※勾選聽力師若身障手冊類別無第二或三類者，須附醫院聽力診斷證明。 | | | | |
| 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低年級申請。
3. 將本表核章後附觀察評量表寄送至**特殊教育資源中心**-嘉義縣民雄鄉興中村30號(興中國小)。
4. 各項諮詢請洽05-2217484\*15 特殊教育資源中心 張元良老師。

……………………………………………………………………………………………….

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：