

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

復健科語言治療實習學生遴選辦法

一、實習課程特色：

1. 訓練計畫依據語言治療師專技高考考試規則之規範所制定
2. 提供實習治療師各領域之學習課程
3. 提供跨領域之全人照護模式教學

二、學習目標：

完成實習後，可成為專業、可獨立作業之語言治療師

三、實習地點：佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院復健醫學部語言治療室

四、實習內容：

1. 成人言語及語言障礙評估與治療
2. 兒童言語及語言障礙評估與治療
3. 成人與兒童吞嚥障礙評估與治療
4. 跨領域個案討論會
5. 基礎課程教學

五、報名日期：即日起至民國 115 年 9 月 18 日截止

六、報名方式：

1. 以校為單位，每校可報名一位參加遴選，實習名額由遴選錄取名單決定。
請系所統一收集名單之後逕行報名（系所提供報名名單之後，由學生自行寄出資料，逾期不候）
2. 申請實習人員請備妥以下資料，email 至：jeffery8814@yahoo.com.tw
 - (1) 歷年成績單(請附排名)
 - (2) 實習申請表(如附件一)
 - (3) 1000 字以內的自傳

寄出後須留意是否收到確認報名成功之信函，收到確認信函才算報名成功

七、面試資訊：

1. 面試日期：民國 115 年 10 月 3 日(六)上午 08：00-12：00
2. 面試地點：佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院復健醫學部語言治療室(三)
3. 結果公布：將於民國 115 年 10 月 9 日以 email 方式通知校方及學生本人
4. 錄取確認：收到錄取通知之後，請於民國 115 年 10 月 11 日前寄回實習意願書(附件二)，逾期視為放棄錄取資格。

八、本院聯絡方式：

劉家維語言治療師(04) 36060666 轉 4186

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院
復健醫學部語言治療實習學生申請表

姓名		就讀學校		照片黏貼處
出生年月日	民國____年____月____日	性別	男/女	
聯絡電話	手機 (H) (O)			
E-mail				
通訊住址				
專長				
在校社團或服務經歷				
見習經歷	(請詳述見習時間、項目和時數)			
實習計畫	實習動機： 實習期望： 學習目標：			

申請人簽名：

填表日期：

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院
復健醫學部語言治療實習學生實習意願書

立實習意願書人_____，茲有意願 116 學年度_____學期至
佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院復健醫學部語言治療實習，且同意遵
守該院一切相關實習規定。

此致

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院復健醫學部語言治療

立實習意願書人資料

姓名：(簽章)

就讀學校：

身份證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

E-Mail：

中 華 民 國 年 月 日