

109年臺中市聽覺障礙教育服務計畫

聽障專業知能研習「認識常見的助聽輔具」實施計畫

壹、依據：109年臺中市聽覺障礙教育服務計畫辦理

貳、目的：

- 一、整合特殊教育資源，協助聽障生及師長瞭解其障礙特質與所需資源、支持。
- 二、增進聽障學生之導師、輔導教師對聽障學生助聽輔具，包含：助聽器、FM調頻系統、人工電子耳等專業知能。
- 三、提升中臺中市教師服務聽障學生績效與品質。

參、辦理單位：

- 一、主辦單位：臺中市政府教育局
- 二、承辦單位：臺中市立啟聰學校

肆、參加對象：臺中市特殊教育教師、資源班導師及聽語障巡迴輔導教師，參加人數以35名為限。

伍、研習日期：109年5月21日(星期四) 下午13:00-16:10。

陸、研習地點：臺中市立啟聰學校活動中心一樓(臺中市西屯區協和里安和路1號)。

柒、報名方式：

- 一、報名日期：即日起至109年5月13日(星期三)止，以網路方式報名。
- 二、報名方式：請至全國特教資訊網(<http://special.moe.gov.tw/study.php>)選取該場研習活動報名，並於109年5月18日前，上網確認錄取名單。
- 三、本次研習名額有限，為免影響他人權益，報名後請務必出席，符合資格者依報名順序審核通過。

捌、注意事項說明：

- (一) 全程與會者核發3小時研習證明。
- (二) 請自備環保杯及餐具，研習會場不供應紙杯。
- (三) 參與人員一律公(差)假登記，其差旅費由原服務單位支應。
- (四) 依據「臺中市各級學校因應嚴重特殊傳染性肺炎防疫工作指引」防護措施，請

參加研習者務必**配戴口罩**入校，並配合**體溫量測**工作，校方將婉拒有傳染風險者進入會場。

(五) 配合防疫措施，報名時，煩請填寫附件二後並回傳本校或寄至

thdf6102@gmail.com

(六) 聯絡方式：李嬌玉組長 電話：04-23589577轉6102；傳真：04-23589926

玖、本計畫奉核定後實施，修正時亦同。

109年臺中市聽覺障礙教育服務計畫
聽障專業知能研習【認識常見的助聽輔具】日程表

研習日期：109年5月21日(四)

時 間	議 程	主 講 者	地 點
13：00-13：20	迎賓報到	李嬌玉組長	活動中心 一樓
13：20-13：30	開幕式	林麗容校長	活動中心 一樓
13：30-15：00	專題演講： 認識常見的助聽輔具(一)	國立高雄師範大學 陳小娟教授	活動中心 一樓
15：00-15：10	中場休息與經驗交流		
15：10-16：00	專題演講： 認識常見的助聽輔具(二)	國立高雄師範大學 陳小娟教授	活動中心 一樓
16：00-16：10	綜合座談	陳小娟教授 李嬌玉組長	活動中心 一樓
16：10~	賦歸~期待再相逢		

臺中市立啟聰學校因應新冠肺炎校園防疫健康關懷問卷

<校外人士入校與本校師生長時間接觸時應填寫本表>

更新日期：109年03月25日

~為落實校園防疫，請協助填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項，敬祝您身體健康，事事順心~

入校原因	<input type="checkbox"/> 校外人士進班協助教學 <input type="checkbox"/> 校外人士受邀到校演講研習 <input type="checkbox"/> 其他：		
姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	手機
	生日	____年____月____日	電子信箱
所屬單位			職稱
入校參與之活動名稱			本校業務單位 (或聯繫人)
入校參與活動之期程	____年____月____日至____年____月____日 其他註記：		
請回答以下問題			備註
1. 最近 14 天內是否到過以下國家： <input type="checkbox"/> 否，未出境 <input type="checkbox"/> 是：所到國家 <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 澳門 <input type="checkbox"/> 新加坡 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 韓國 <input type="checkbox"/> 義大利 <input type="checkbox"/> 其他國家，請說明：_____ 入境日期：____年____月____日			凡勾選14天內曾出國者，婉拒入校，並通知本校業務單位。
2. 最近 14 天內是否出現以下症狀： <input type="checkbox"/> 發燒(>38°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 關節酸痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫（呼吸急促、呼吸困難） <input type="checkbox"/> 其他症狀_____ <input type="checkbox"/> 無			凡勾選14天出現症狀者，在校期間應全程配戴口罩，不能配合者婉拒入校，並通知本校業務單位。
3. 您或您家屬是否曾與感染新冠肺炎的病患有接觸？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：您與病患的關係是____，接觸日期為____年____月____日，迄今 <input type="checkbox"/> 逾28日 <input type="checkbox"/> 未逾28日			凡勾選「是」且接觸日期迄今未逾28日者婉拒入校，並通知本校業務單位。
4. 您是否曾為衛生主管機關列管新冠肺炎居家檢疫或自我健康管理個案？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：為 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自我健康管理 日期為____年____月____日至____年____月____日			凡勾選「是」且日期未滿者婉拒入校，並通知本校業務單位。
請詳細閱讀以下注意事項，並於在本校活動期間配合防疫措施			閱後簽名
1. 經常維持手部清潔，避免用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。 2. 在校期間突感不適症狀，請立即配戴口罩，並通報本校健康中心。 3. 倘已填寫過本表，後於入校參與活動之期程內有出國再返國者，請務必主動告知本校，以守護校園安全。			本人所填資料為實，並願積極配合學校防疫措施。 簽名 _____ ____年____月____日

備註：本表於確認准否入校後由警衛室轉交健康中心存查。