

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

114學年度語言治療實習生申請規範

一、實習內容：

- (一) 語言評估與治療 (二) 言語評估與治療 (三) 吞嚥評估與治療
- (四) 其他教學活動：
 - 1. 實習生須參加科內會議，且進行規定次數的期刊與個案報告。
 - 2. 實習生須參加定期舉辦之跨領域團隊個案討論會議。
 - 3. 視實習生狀況參與兒童復健中心外展活動。

二、實習名額／實習區間：

- (一) 114年7月1日~115年4月30日期間，預計收訓3~4名，每校至多2名。
- (二) 只接受一站到底實習，不接受換站。

三、在校成績要求／注意事項：

- (一) 在校成績須達以下要求才符合申請資格：
 - 「神經解剖學」、「溝通障礙學」、「語言發展學」、「音韻障礙學」等相關科目，每科成績均不得低於75分。
- (二) 本院設有員工餐廳，院區內一律食用素食，敬請自備餐具。
- (三) 本院提供實習宿舍申請，須填寫實習學生名冊〔如附件〕內的「宿舍申請資料」。本院將視實習期間院內住宿狀況做調整，不保證提供，若本院無法提供宿舍會於實習前1個月告知。

四、實習申請繳交日期／面試日期／申請繳交文件：

- (一) 114學年度實習資料繳交時間：即日起~113年12月6日。
 - (二) 114學年度實習面試時間：113年12月9日~113年12月27日期間安排視訊面試。
 - (三) 114年1月3日前通知錄取名單。
 - (四) 申請繳交文件：
 - 1. 實習學生名冊〔如附件〕，敬請完整詳填各項資料。
 - 2. 歷年成績紙本證明（須涵蓋第三之一項要求之所有科目）。
 - 3. 個人履歷與自傳（內容須至少包含：見實習經驗、對本院實習的期待與想加強的面向）。
- 上述三項文件，請於繳交截止日前，郵寄至「花蓮縣花蓮市中央路三段707號復健科兒童復健中心」。
- 4. 其他：本院人力資源室要求提供之保險證明、健康檢查報告等文件，依照本院公文所示之方式繳交。

五、實習單位連絡方式：

如有疑問，請於週一至週五08:00~12:00、13:30~17:30，聯絡(03) 8561825 #12316
洽詢本年度實習負責人：王耀毅語言治療師（電子信箱：yaoyiwang@tzuchi.com.tw）

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 復健科語言治療

_____大學_____學年度實習學生名冊

編號		1	2	3
實習 期間	起	西元 年 月 日	西元 年 月 日	西元 年 月 日
	迄	西元 年 月 日	西元 年 月 日	西元 年 月 日
學生姓名				
學號				
身分證字號 <small>(或護照/居留證號碼)</small>				
出生年月日		西元 年 月 日	西元 年 月 日	西元 年 月 日
聯絡電話				
電子信箱				
以下為宿舍申請資料，不申請者免填，未填寫者視為不申請宿舍。				
戶籍地址				
緊急 聯絡人	姓名			
	關係			
	電話			
住宿 期間	起	西元 年 月 日	西元 年 月 日	西元 年 月 日
	迄	西元 年 月 日	西元 年 月 日	西元 年 月 日