附件一

台灣聽力語言學會

優良聽力和語言治療實習臨床教師候選人推薦表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被推薦人姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 身分證字號 |  | 聯絡電話 | (公司)  (手機) |
| 出生日期 |  |
| 通訊地址 |  | | |
| E-mail |  | | |
| 服務單位 |  | | |
| 職稱 |  | | |
| 具體優良事蹟(擔任計畫主持人、研究發表…等) |  | | |
| 推薦獎項  (擇一) | □ 新進優良臨床教師  □ 優良臨床教師  □ 資深優良臨床教師 | | |
| 請附上佐證資料  (如有不實將撤銷獲獎資格) | □ 1.國內語言治療與聽力相關系所實習臨床教師歷年佐證資料(如，聘書、  感謝狀)。  □ 2.聽力師和/或語言治療師證書。  □ 3.衛福部醫事人員(語言治療師/聽力師)繼續教育積分證明。  □ 4.其他申請有利證明(具體優良事蹟，如，擔任計畫主持人、研究發表…  等)。 | | |

推薦單位(執業單位)全銜： (推薦單位請加蓋印信)

聯絡人：

聯絡電話：

被推薦者簽名：

日期： 年 月 日