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.申請年度有效之財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之臨床醫事人員培  訓計畫教師認證證明(證書)。  □ 2.國內語言治療與聽力相關系所實習臨床教師佐證資料(如，聘書、感謝  狀)。  □ 3.聽力師和/或語言治療師證書。  □ 4.衛福部醫事人員(語言治療師/聽力師)繼續教育積分證明。  □ 5.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