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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 茲推薦　　　　　　　【被推薦人】參加　　　年度「優良聽力和語言治療實習臨床教師」之候選人（請勾選推薦優良臨床教師類型【擇一】）：  □ 新進優良臨床教師：領有聽力師和/或語言治療師證書，且擔任國內語言治療與聽力相關系所實習臨床教師累計滿 2 年或以上者；  □ 優良臨床教師：領有聽力師和/或語言治療師證書，且擔任國內語言治療與聽力相關系所實習臨床教師累計滿 10 年或以上者；  □ 資深優良臨床教師：領有聽力師和/或語言治療師證書，且擔任國內語言治療與聽力相關系所實習臨床教師累計滿 20 年或以上者。  之選拔活動  　此致  　　　台灣聽力語言學會 | | | |
| 被推薦人姓名 | (簽名) | 被推薦人  身分證字號 |  |
| 被推薦人具體優良事蹟(擔任計畫主持人、研究發表……等) | 1. 優良事蹟一 2. 優良事蹟二 3. 優良事蹟三 4. 優良事蹟四 5. …………… | | |
| 被推薦人佐證資料(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)。 | | |
| 服務單位  (執業單位)全銜 |  | | |
| 推薦人姓名 | (蓋章) | 推薦人職稱 |  |
| 推薦人聯絡電話 |  | 推薦人Email |  |
| 單位通訊地址 |  | | |

(以上欄位均為必填，推薦人和被推薦人若為同一人需說明原因)

日期： 年 月 日