\_\_\_\_\_\_\_學年度 第\_\_\_\_學期

申請日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| **大漢學校財團法人大漢技術學院身心障礙學生同儕協助申請表** |
| 申請者姓名：（身心障礙學生） | 班級： |
| 聯絡電話： | E-mail： |
| 申請項目：□課業協助（課堂聽打、筆記抄寫…等） □生活協助  □其他  |
| 申請事由： |
| 服務時段： |
| 協助同學遴選方式：□自己邀請：同學姓名 學號 聯絡方式 同學姓名 學號 聯絡方式 □老師遴選：同學姓名 學號 聯絡方式 同學姓名 學號 聯絡方式  |
| 檢附資料請協助同學提供：\*郵局存摺封面影印本。 |
| 資源教室會議審查結果：□通過申請協助同學1人 □通過申請協助同學2人資源教室補充說明： |
| 承辦人： | 學輔主任： | 學務長： |

**大漢學校財團法人大漢技術學院
 學年度 第 學期 資源教室協助同學服務時數紀錄表**

協助同學姓名： 　 系級： 　　 協助月份：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 服務時間(起訖) | 時計 | 服務內容(課程、協助事項) | 服務對象簽名 | 服務地點 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計時數(由資源教室填寫) |  | 資源教室輔導員 | 學輔中心主任 | 學務長 |
|  |  |  |

※說明：請協助同學本人於隔月第一週前繳交服務時數紀錄表，資源教室輔導老師了解服務狀況後將辦理工作費之申請；如有延誤繳交情事，將於次月一併辦理。