



中華民國 109 年 10 月 22 日

壹、目的

為幫助聽損相關領域在學及進修人員瞭解實務工作，落實所學理論與實務之聯結，進而提昇從業人員專業知能，俾益服務聽損族群，特訂定本辦法以供遵行。

貳、適用對象

一、在學學生：

於教育部立案或認可之國內外大專院校在學學生：

1. 聽語相關系所及學程學分班（含聽力學、語言治療、溝通障礙、言語科學等）
2. 社會工作相關系所及學程學分班（含社會工作、兒童及青少年福利等）
3. 教育或心理相關系所及學程學分班（含教育、特殊教育、幼兒教育等）

二、在職人員：政府機關登記核可之聽損相關醫療或復健療育機構之在職專業人員。

三、政府機關或聽語相關學、公會主辦或委辦研習課程之學員：如：參加由政府機關主辦之聽損相關教保班或研習課程需至本會實習者。

四、其他經本會審核同意之相關專業人員。

參、申請方式

一、應備文件：

1. 由實習人員或單位完成「附件一 實習申請表」。
2. 在學或在職人員，需由學校或服務單位出具公文、申請書或實習契約書等。
3. 政府機關或聽語相關學、公會主辦或委辦研習課程之學員，需由主辦單位行文或出具實習委任書。
4. 實習費繳費證明（郵局劃撥收據或本中心收據），需於實習開始前完成繳費。
5. 其它：於本會提出後，檢附相關資料，例：良民證、體檢報告、成績單、簡歷等。

二、申請流程：

1. 請於預定開始實習日期前一個月行文或致電本會實習需求，待相關單位回覆同意後（約需 5 個工作天），再繳交相關文件。
2. 本會依實習需求得提出實習面試及相關文件繳交（如：成績單..等）。

肆、實習課程及考核

- 一、依據實習契約或實習需求，本會安排實習期間之相關內容，例：觀摩、實作、研討、報告等等。
- 二、實習結束後，依實習契約內容進行考評，或依當次實習學習概況回饋實習申請單位，以作為未來是否受理申請之依據。本會將從專業表現、專業態度(含出勤狀況等等)、實作/報告等表現，了解整體實習學習概況。

伍、實習細則

- 一、實習人員出勤時間及打卡規定，依中心當次核定之計畫內容，並請確實遵守。
- 二、實習期間與本中心員工及家長一起遵守使用空間及設備之相關規定。
- 三、進出本中心請配戴實習學員證（學員證於實習報到當日發予實習人員）。
- 四、為善盡環保之責，請實習人員自備水杯，本中心恕不提供紙杯。
- 五、為避免影響教學活動之進行，並尊重個案之隱私權，實習人員請勿攝影、錄影或錄音。同時，實習期間獲取之業務資料、工作內容及智慧財產權等，非經同意，不得洩漏或任意使用之。
- 六、若違反相關規定或具損害中心名譽等事實，中心得終止實習。
- 七、請假：
 1. 請假不分假別，一律以「小時」為請假基本單位。
 2. 請假相關規定以實習契約計畫為主，若無則依下述辦理：
 - 由本人填妥請假單並簽名後，以傳真、簡訊等方式，告知本中心行政人員及主管。
 - 請假單同中心教職員工使用之制式請假單，可洽本中心行政人員索取。
 3. 若確實不方便傳真，需先以電話請假，並於銷假後補填請假單。
 4. 請假時數將自總實習時數中扣除，並且不予補課亦不予以退費，請實習人員謹慎為之。
- 八、實習人員於本中心之任何影印收費比照本中心家長影印收費標準。
- 九、本中心不提供實習人員傳真或實習課程所須以外之上網服務，若有特殊原由須經中心主任同意。

陸、繳費及通訊資料

一、繳費(實習費用)

1. 依據實習契約核計，若無契約則以一天（6~8小時）為一計算單位，每天150元（未達3小時以半天計，為100元）。
2. 若為教保班或研習課程參訓人員，學習課程費用中已含實習或實習補助，則不需再繳實習費用。
3. 請與本中心主任確認實習費用總數，至郵局劃撥繳款：
劃撥帳號：18883319
戶名：財團法人中華民國婦聯聽覺健康社會福利基金會
4. 請於劃撥單備註欄註明：
實習人員姓名、實習期程、系所、機構或教保班（研習課程）名稱、聯絡電話等等

5. 可親至本中心繳納實習費。

6. 實習課程開始後取消實習者或違反規定終止實習者，除特殊狀況，否則不予退費。

二、通訊資料

1. 基金會、台北至德：電話 02-28201825 傳真 02-28201826

2. 台中至德：電話 04-24522992 傳真 04-24522993

3. 高雄至德：電話 07-7279468 傳真 07-7278762

4. 電子郵件：info@hh1314.org.tw

柒、本辦法經本會主管簽核後實施，修正時亦同。

捌、附件一：實習申請表

財團法人中華民國婦聯聽覺健康社會福利基金會
附件一 實習申請表

中華民國 109 年 10 月 22 日

申請人簽名：_____

申請日期： 年 月 日

申請單位	<input type="checkbox"/> 學校系所： <input type="checkbox"/> 機構單位： <input type="checkbox"/> 教保研習課程： 地 址： 聯絡人： 職稱： 電 話： 傳真或電子郵件：				
實習人員姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 日期	年 月 日
聯絡電話	(市話) (手機)	電子 郵件			
實習人員 通訊地址					
實習期程	年 月 日起，至 年 月 日止 共計 小時				
實習主題簡述 (以 50 字為限)：					
申請檢附文件： <input type="checkbox"/> 實習契約計畫書 <input type="checkbox"/> 資格證明 <input type="checkbox"/> 繳費證明 <input type="checkbox"/> 其他：					

說明：實習人員多於一位時，申請單位可檢附自行編製之實習人員名錄，包含：姓名、性別、出生日期、聯絡電話、電子郵件、通訊地址及所屬系所或機構單位。實習期程起迄日期及實習主題不同者，請另填申請表。