



THE HONG KONG
POLYTECHNIC UNIVERSITY
香港理工大學



中文及雙語學系
Department of Chinese & Bilingual Studies



言語治療所
SPEECH THERAPY UNIT

聽障人士言語治療訓練課程 (2019年7-8月[週六])

對象：已診斷有聽力障礙的 兒童 或 成人



課程語言：廣東話

日期：20/7、27/7、3/8、10/8、17/8 (逢星期六)

內容：5節個別言語治療 (新參加者為1節評估及4節個別訓練)

* 訓練由理工大學言語治療碩士學生計劃及推行，
由擁有豐富臨床經驗言語治療師督導

費用：港幣\$1,000.00 (分開兩張支票，\$500及\$500按金)

* 報名時請同時以支票繳交費用，**支票抬頭：香港理工大學**

★ 為鼓勵完成整個訓練課程，參加者需繳交\$500按金，
若出席全部五節訓練課堂後將獲發還按金★

截止日期：2019年6月28日 (星期五)

報名方法：填妥報名表格、支票及相關文件郵寄到以下地址：

中文及雙語學系—言語治療所

紅磡香港理工大學 F 座 7 樓 EF701 室

信封請註明：聽障人士言語治療訓練課程 (2019年7-8月[週六])

- 注意事項：
1. 若因其他原因缺席或退出課程均不設退款或補課。
 2. 課程需要錄音及錄影，以作內部教學及跟進學童進度之用。
 3. 本治療所職員將會以電話及電郵方式與家屬確認學額，
如在確認後退出之參加者需要繳交一半課程費用。



如有任何查詢，請聯絡言語治療所
職員 廖小姐 或 夏小姐

電話: 3400 3636 傳真: 2788 1392

電郵: speech@polyu.edu.hk

聽障人士言語治療訓練課程 (2019年7-8月[週六]) 報名表格

參加者姓名：_____ (中文) _____ (英文)

出生日期：____/____/____ 年齡：_____ 性別：____ 男 / 女

就讀學校名稱 (如適用)：_____ 就讀班級：_____

聯絡人/家長姓名：_____ 聯絡電話：_____

電郵：_____

住址：_____

➤ 聽障情況：(請以✓選擇)

左耳： 正常 輕度障礙 中度障礙 嚴重障礙
右耳： 正常 輕度障礙 中度障礙 嚴重障礙

➤ 佩帶助聽器：(請以✓選擇) 有 沒有
 曾接受人工耳蝸手術 (請註明日期：_____年_____月)

➤ 參與者 * 有 / 沒有 其他學習障礙：(*請刪去不適用者)

[如有，請以✓選擇及附上診斷報告作安排課程之用]

自閉症 讀寫障礙 言語障礙
 自閉症傾向 過度活躍 其他：_____

➤ 參加者曾否參與本診所舉辦的活動及服務？ 有 沒有
曾參與活動名稱：_____

★請選擇時段：(請以 **1-3** 選擇先後次序；**1**為 **最適合**，**3**為 **可安排** 時段)

治療訓練日期：20/7、27/7、3/8、10/8、17/8 (逢星期六)

<input type="checkbox"/> 上午 9:15 – 上午 10:10	<input type="checkbox"/> 下午 2:15 – 下午 3:10
<input type="checkbox"/> 上午 10:15 – 上午 11:10	<input type="checkbox"/> 下午 3:15 – 下午 4:10
<input type="checkbox"/> 上午 11:15 – 下午 12:10	<input type="checkbox"/> 下午 4:15 – 下午 5:10

➤ 使用個人資料作直接促銷：

香港理工大學言語治療所(以下簡稱為「言語治療所」)擬不定時使用你的姓名、通訊地址、電話號碼、傳真號碼及電郵地址以通知你有關以下活動/服務/宣傳：

- 言語治療所舉辦/合辦或其他相關機構舉辦的活動或講座；
- 言語治療所或其他相關機構提供的優惠/折扣/推廣活動；及
- 為慈善/公益/教育/社區或其他目的邀請捐贈/貢獻/參與。

除非得到你的同意，言語治療所不會使用你的個人資料作直接促銷。如閣下希望言語治療所在直接促銷中使用閣下的個人資料，請你在下列方格內加上別號("✓")。

本人同意言語治療所使用我的個人資料發出以上所述推廣資訊

閣下可隨時以書面或電郵方式(speech@polyu.edu.hk) 向言語治療所申明是否願意繼續接收有關資訊。

參加者/聯絡人簽署：_____ 日期：_____