

中華醫事科技大學學生輔導中心
學年度第 學期
資源教室學生 鑑定申請單

密

轉介日期：

學生姓名		系別班級		學 號	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話			

疑似特教障礙類別：

- 學習障礙 智能障礙 情緒行為障礙 肢體障礙 聽覺障礙
語言障礙 多重障礙 視覺障礙 身體病弱 自閉症
其他障礙 腦性麻痺

轉介原因：

- 人際關係 學習困擾 心理困擾 學校適應 精神異常
身體疾病 意外傷害 其他原因

學生問題狀況及轉介前處理經過：

學生輔導中心資源教室評估及處理情況：

學生已清楚資源教室服務內容，且願意提出教育部特教需求鑑定：願意不願意
(若不願意接受教育部特教需求鑑定，將無法享有資源教室各項服務。)

學生轉介人：_____ 單位及職稱：_____

資源教室老師核章：_____ 學輔中心主任核章：_____