

_____學年度第__學期特殊教育學生資源教室課業輔導申請表

申請日期： 年 月 日

申請單位								
老師/單位負責人姓名				任職系(所)/單位				
聯絡電話	辦公室分機：			手機：				
	EMAIL：							
須輔導學生資料								
輔導學生姓名				系所/班級				
手機				EMAIL				
學習困難(如科目或學習上的困難)簡述說明								
須教學助理協助內容簡述說明								
可輔導之日期	每週	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午時間							
	下午時間							
	晚上時間							
推薦之教學助理(1)	姓名				班級系所			
	手機				E-mail			
	推薦理由							
推薦之教學助理(2)	姓名				班級系所			
	手機				E-mail			
	推薦理由							
輔導地點								
教師/單位負責人簽章				系所/單位主管簽章				
其他意見或說明								