仁德醫護管理專科學校　學生輔導中心暨資源教室

_____學年度第_____學期 助理人員服務申請單

申請日期:111 年　　月　　日

申請同學姓名		學號		性別	□男 □女 □其他_____
班級	_____科 _____年_____班座號:			學制	□五專 □二專
聯絡電話	住家: 手機:	E-mail			
需要協助事項	※請詳述自己在課業/生活所遇到的困難，並說明助理人員需要協助之處。				
是否有推薦的助理人員? □有　□無，助理人員姓名:_____（助理人員請填背面表格） 你與助理人員的關係: □同班同學　□室友　□其他					
學號		班級			
手機		E-mail			
導師意見	（請您協助填寫該生在貴班實際需要的服務狀況或困難情形） 導師核章:				
審核結果	□通過，安排助理人員:_____提供支持服務，並核發時數:_____ □不通過，原因: ※經　　年　　月　　日審核會議通過				
承辦人:　　單位主管:					

申請日期:111 年_____月____日

仁德醫護管理專科學校　資源教室助理人員服務費申請表			
學生姓名:		資源教室學生:	
科別:	班級:	學號:	座號:
身分證字號:		聯絡電話:	
地址:			
申請時數:			
申請項目: □課業協助(筆記抄寫、伴讀等)、生活協助 □身心障礙學生活動辦理、資料準備及整理、學生同儕聯繫等。			
服務時段:			
存摺影本黏貼處、身分證影本			
經手人:		單位主管:	

學生輔導中心暨資源教室

電話:037-726946 分機 3305 傳真:037-726003

申請期限:_____年___月___日至____年____月_____日