

口吃治療訓練課程 (2018 年 7-9 月)

- 對象 : 懷疑或已診斷有口吃的學童/成年人
- 日期 : 2018 年 7 月 21, 28, 8 月 4, 11 及 18 日(逢星期六, 共 5 節)
2018 年 8 月 25, 9 月 1, 8, 15 及 22 日(逢星期六, 共 5 節)
- 時間 : 上午 10 時至 12 時 或
下午 2 時至 4 時
- 內容 : 首節評估, 4 節個別訓練 (每節約 1-2 小時, 按評估情況而定)
訓練由香港理工大學言語治療碩士學生計劃及推行, 並由擁有豐富
臨床經驗言語治療師督導。
**#導師會根據訓練前評估的結果, 分析參加者是否適合參予該訓練課
程, 若不適合, 只會收取\$60的評估費用。**
- 課程語言 : 廣東話
- 費用 : 每 5 節課程合共 HK\$300, 10 節課程合共\$600 (每 5 節課程收費一次)
(*報名時請同時以支票繳交費用, 支票抬頭: 香港理工大學 ;)
**#本治療所職員將以電郵或致電確認參加者名額; 如確認後退出之參
加者需要繳交課程費用的一半#**
- 報名時段 : 即日起至 2018 年 6 月 30 日
- 報名方法 : 請填妥之報名表格、支票及有關文件寄往 :
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 : 口吃治療訓練課程 (2018 年 7 至 9 月)]

課程需要錄音及錄影, 以作內部教學及跟進進度之用。
參加者如缺席課堂或退出課程均不設退款或補課。
如有任何查詢, 請聯絡言語治療所 夏小姐 或 姜小姐。
電話 : 3400 3636 電郵 : speech@polyu.edu.hk

口吃治療訓練課程 (2018 年 7-9 月)

報名表

參加者姓名：_____ (中文) _____ (英文)
出生日期：_____ 年齡：_____ 性別： 男 / 女
聯絡電話：_____ 電郵：_____
住址：_____

如參加者為學童，請填寫以下資料：

家長/聯絡人姓名：_____ 與學童關係：_____
學校名稱：_____ 班級：_____
如參加者為成人，請填寫職業：_____

參加者*曾 / 未曾 接受心理學家/醫生/言語治療師評估。診斷結果：(請以 選擇。)

口吃 自閉症 自閉症傾向 讀寫障礙 言語障礙
 過度活躍 其他：_____

[請附上診斷報告作安排課程之用]

*請把不適用者刪去

可出席

未能出席

	1.日期		2.時間
<input type="checkbox"/>	7 月 21, 28, 8 月 4, 11 及 18 日	<input type="checkbox"/>	上午 10 時 至 12 時 或 <input type="checkbox"/> 下午 2 時 至 4 時
<input type="checkbox"/>	8 月 25, 9 月 1, 8, 15 及 22 日	<input type="checkbox"/>	上午 10 時 至 12 時 或 <input type="checkbox"/> 下午 2 時 至 4 時

#課程需要錄音及錄影，以作內部教學及跟進參加者進度之用。

#參加者如缺席課堂或退出課程均不設退款或補課。

參加者/家長簽署：_____