填表日期：_____年_____月_____日

語言治療溝通訓練計畫

□申請溝通板　□申請溝通軟體（含平板，不提供單獨申請溝通軟體）　**※單選** **※使用溝通軟體與平板需具備一定操作能力，如個案還無法使用溝通板，原則上請先從溝通板使用開始訓練，請勿直接申請溝通軟體。** 溝通訓練與語言治療計畫預計實施期程：_____學年度 第____學期 **※每學期需各一份計畫，申請時請檢附申請時該學期的使用計畫。**	
目標	內　　容
每週使用時間： (必填)	

(表格如不敷使用，請自行增列)

計畫執行人員：_____老師

（※不限填寫一位，請填寫實際會教導個案使用溝通輔具的老師，<u>輔具評估會議時務必請計畫執行人員協同個案與會</u>。）

協助擬定計畫之語言治療師：_____治療師

家長（法定代理人或實際照顧者）簽名：_____

學生（學生如無法簽名，可由法定代理人或實際照顧者代簽）簽名：_____

核章欄位

承辦人　　單位主管　　校長