

南投縣適齡身心障礙學生暫緩入學教育替代計畫

輔導單位：

學生姓名：

輔導教師：

教育內容	地點	時間	負責訓練者
範例： 語言訓練	○○醫院	每週二 下午1小時	治療師張○○
生活教育	○○幼稚園	週一至週五 8:00 到下午9: 00	林○○老師

家長或監護人簽名：

相關參與人員簽名：

職務（職稱）	姓名	職務（職稱）	姓名