

財團法人中華民國自閉症基金會 函

地址：臺北市中山北路5段841號4樓之2

承辦人：林廷倩

電話：02-28323020#18

傳真：02-28325286

電子信箱：wendy@fact.org.tw

330 桃園市桃園區縣府路1號14,15樓

受文者：桃園市政府教育局

發文日期：中華民國104年10月7日

發文字號：自基字第1040002086號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：活動簡章1份

主旨：本會舉辦「從轉銜看全生涯規劃-就養·就醫·就學·就業」家長座談會，敬請 惠予協助函轉所屬幼兒園至高中之教師、家長活動訊息。

說明：

一、活動時間：104年11月15日(日) 09:00~16:00。

二、活動地點：愛蘇活605教室—台北市中正區重慶南路一段10號6樓。

三、詳情請參閱附件簡章或上本會網站 www.fact.org.tw。

正本：桃園市政府教育局

副本：財團法人中華民國自閉症基金會(以上均含附件)

董事長

黃 干 芳

特殊教育科 104/10/12 14:12



121040078737 有附件



婷

《從轉銜看全生涯規劃-就養·就醫·就學·就業》家長座談會

在星兒的成長路上，每個階段都需要家長的陪伴，但您需要做哪些準備？是否感到不知所措？或擔心準備的不夠？我們邀請到國立臺灣師範大學特殊教育學系副教授胡心慈老師，來與我們分享星兒自幼小至成人各階段如何準備才足夠，內容豐富精彩，不要錯過喔！

★座談會內容：

- 1.轉銜真正意義
- 2.眼光放遠
- 3.國中後之升學、就業、就養、就醫
- 4.家長要做的事
- 5.視線聚焦:幼小銜接、升上國中、十二年國教、上大學呼？就業與就養
- 6.因此----要教-----

★日期與時間：104 年 11 月 15 日(日) 9:00~16:00 (8:45 開始報到)

★上課地點：愛蘇活 605 教室-台北市中正區重慶南路一段 10 號 6 樓

(台企大樓，近捷運台北車站，台北捷運站前地下街 Z10 號出口)

★對象與名額：泛自閉症障礙類學生之家長為主，教師或相關專業人員；50 名

★課程師資：胡心慈 老師

現職：國立臺灣師範大學特殊教育學系副教授

學歷：國立臺灣師範大學特殊教育學系博士

★課程費用：每人 600 元(含午餐及講義)

★備註：1、本次課程恕不接受現場臨時報名，請見諒。2、課程無臨托服務，請先妥善安置幼兒。
3、為響應環保，請自備環保杯。

★報名辦法及報名表(P2)：

1. 報名日期與方式：即日起，額滿為止。請先至郵局劃撥繳費後，(1)網路報名：
<http://goo.gl/forms/dgsbQMN8ow> 或(2)傳真報名：填妥報名表連同收據，傳真至本會並來電確認，謝謝！

★帳號及戶名：11776805 財團法人中華民國自閉症基金會

★通訊欄請填：11/15《從轉銜看全生涯規劃-就養·就醫·就學·就業》、參加者姓名及人數

2.聯絡人：林苡倩 02-2832-3020#18;wendy@fact.org.tw 傳真：02-2832-5286

3.課程當天若遇颱風、地震等天災，人事行政局宣布北北基停班停課，另延期再舉辦。

4.退費方式：①自行報名繳費後如不克參加請於實際上課 14 天前(含六日)提出申請，全額退還報名費(但必需自行負擔 2 次轉帳手續費)。開課前 8-14 天內(含六、日)提出申請者，退還已繳報名費用七成。開課前 7 天內(含六日)提出申請者，退還已繳報名費用六成。②課程當天未出席者，不予退費。

5.申請退費：包括個人或是停課集體退費，皆請備妥原繳費收據及個人金融帳戶存摺影本，傳真至本會辦理，未能提供上述書面資料者，恕無法退費。

★交通資訊：

1. 搭乘捷運、火車、高鐵：請於台北車站下車，往台北捷運站前地下街 Z10 號出口，右轉至台企大樓請上 6 樓。
2. 搭乘公車：請於台北車站(忠孝)或台北車站(重慶)或台北車站(開封)下車。



104.11.15 《從轉銜看全生涯規劃-就養·就醫·就學·就業》

家長座談會 報名表

姓名	服務單位/職稱	飲食需求
參加者身分 (務必填寫)	<input type="checkbox"/> 家長: 孩子生日(西元)____年____月____日; 年級(年齡)____ 1.就學年齡： <input type="checkbox"/> 學前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專(含以上) 2.診斷類別： <input type="checkbox"/> 自閉症____度 <input type="checkbox"/> 亞斯伯格症(含疑似) <input type="checkbox"/> 未確診 <input type="checkbox"/> 其他診斷：_____ <input type="checkbox"/> 教師： <input type="checkbox"/> 普教 <input type="checkbox"/> 特教 <input type="checkbox"/> 教保員 <input type="checkbox"/> 生輔員 <input type="checkbox"/> 補教 <input type="checkbox"/> 其它_____ 教學年齡層： <input type="checkbox"/> 學前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專(含以上) <input type="checkbox"/> 其他專業人員： <input type="checkbox"/> ____醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> ____治療師 <input type="checkbox"/> 社工師(員) <input type="checkbox"/> 就輔員 <input type="checkbox"/> 其它_____ <input type="checkbox"/> 學生： <input type="checkbox"/> 大學; 科系____ <input type="checkbox"/> 研究生; 科系____ <input type="checkbox"/> 其他____; 科系____	
電子郵件	(寄發通知用，請務必工整填寫)	免費訂閱： <input type="checkbox"/> 《牽引》會訊-新訂戶 <input type="checkbox"/> 《牽引》會訊 或 電子報 <input type="checkbox"/> 電子報-新訂戶 (已訂閱者勿重複訂閱) <input type="checkbox"/> 請取消《牽引》會訊
地址	□□□□□	
聯絡電話	(H) 手機(寄發通知用，請務必工整填寫)	
	(O) 傳真號碼	
收據抬頭	(若未註明則以個人名義開立)	
繳費情形	<input type="checkbox"/> 已繳交費用 600 元 <input type="checkbox"/> 已繳交費用 _____ 元; 劃撥日期____月____日	

劃撥收據黏貼處(傳真報名用)

填寫完後請傳真至：02-2832-5286 並來電：02-2832-3020#18 確認，謝謝!