

103 年度自閉症家庭及專業支持服務

《接受共處的智慧—確診後的親職態度與調整》親職教育課程

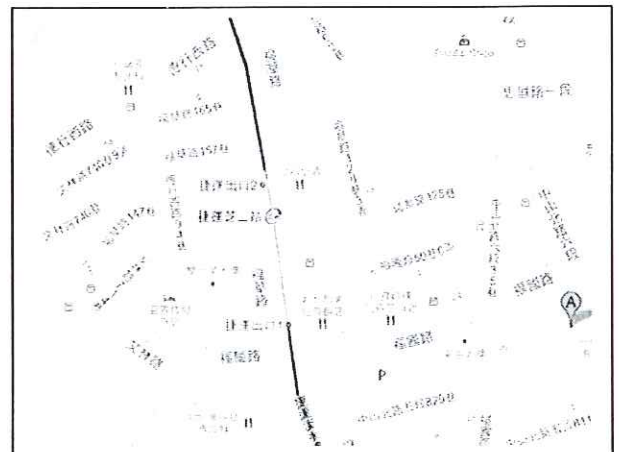
- ◎對象與名額：泛自閉症障礙類學生之家長為主，教師或相關專業人員；30 名。
- ◎日期與時間：103 年 12 月 13 日(週六)9：00 -12：00 (8：40 開始報到)。
- ◎課程地點：自閉症基金會芝山發展中心(台北市中山北路五段 841 號 3 樓之 2, 近捷運芝山站 1 號出口)
- ◎師資簡介：鄒國蘇 台北市婦幼綜合醫院心智科主治醫師兼早療評估中心主任  
現職：台北市婦幼綜合醫院心智科主治醫師兼早療評估中心主任  
學歷：國立台灣大學醫學系畢  
經歷：台北市立聯合醫院 兒童青少年精神科
- ◎課程費用：每人 200 元(含講義)。
- ◎備註：1.本次課程恕不接受現場臨時報名，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。請先電話確認是否有名額 ( 02-2832-3020 )，再至郵局劃撥繳費後，(1)網路報名：<http://ppt.cc/SrDo> 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！
- 劃撥單★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：12/13 接受與共處的智慧—確診後的親職態度與調整，參加者姓名及人數
- 2.聯絡人：劉航睿 02-2832-3020#18；ray@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)捷運—「淡水線-芝山站」下車，由 1 號出口左轉沿福國路往中山北路方向步行約 5-10 分鐘可達。
- (2)公車—「捷運芝山站」或「忠誠公園」或「德行中山忠誠路口」下車；往中山北路福國路交叉口方向步行 5 分鐘可達。
- (3)開車—「捷運芝山站」有收費停車場(使用悠遊卡繳費)。





# 102.12.13 《接受共處的智慧—確診後的親職態度與調整》

## 親職教育課程報名表

姓名	服務單位/職稱	飲食需求	此次不供餐						
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 或 電子報 (已訂閱者勿重複訂閱)	<input type="checkbox"/> 《牽引》會訊-新訂戶 <input type="checkbox"/> 電子報-新訂戶 <input type="checkbox"/> 請取消《牽引》會訊					
	地址	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							
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 200 元; 劃撥日期____月____日								

### 劃撥收據黏貼處

填寫完後請傳真至: 02-2832-5286 並來電確認, 謝謝!

### 報名日期與方式:

❖即日起受理報名, 額滿為止。

❖報名方式: 費用每人 200 元(含講義), 請先電話確認是否有名額(02-2832-3020), 再至郵局劃撥繳費後(通訊欄請填: 12/13 接受與共處的智慧—確診後的親職態度與調整, 參加者姓名及人數), (1)網路報名: <http://ppt.cc/SrDo> 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! 聯絡人: 劉航睿 02-2832-3020 分機 18, 傳真 02-2832-5286

帳號及戶名: 11776805 財團法人中華民國自閉症基金會