

第十一屆 兒童康復治療助理證書課程（言語治療）

（課程編號：CA-19A-01）

課程簡介：

本課程由高級言語治療師及富經驗言語治療師教授。本課程能裝備有志投身康復界人士於畢業後在專職醫療或康復機構任職。如：教學助理、治療助理及康復工作人員等職位

課程內容

課程透過講授、角色扮演、案例及臨床經驗分享，確保各學員畢業後具備足夠理論、知識及技巧協助言語治療師進行臨床工作。

1. 康復與治療及兒童發展基本概念
2. 兒童言語、語言及溝通訓練的誘發技巧和口部肌肉訓練技巧
3. 如何運用介入策略
4. 兒童言語、語言及溝通的發展階段
5. 了解有特殊需要的兒童之語言溝通特徵及需要

日期及時間

1. 講授課堂：5/3/2019 至21/5/2019（逢星期二及四）
晚上6時45分至9時45分，共21課，合共63小時
2. 實地體驗及研習：18/3/2019-10/5/2019
在特殊幼兒中心、早期教育及訓練中心及特殊學校進行3天體驗及研習課，合共21小時，確實日期會於第一課通知。

對象

中五或以上學歷及對言語治療有興趣的人士（參加者須提交最高學歷副本）

上課地點

九龍石硤尾大坑東邨東旺樓地下G1室；
香港耀能協會 持續復健中心

課程查詢及報名

電話：2778 6191

電郵：irp@sahk1963.org.hk

網址：<http://irp.sahk1963.org.hk/>

費用：\$8,500

截止報名日期

2019年1月31日

備註：此課程收錄與否，由本會作最終決定。

講授課堂及實地體驗及研習出席率達75%或以上及考試合格可獲本會頒發證書

兒童康復治療助理證書課程(言語治療)第十一屆

報讀課程申請表

英文姓名：_____ 中文姓名：_____ 性別：男 / 女

出生年份：_____ 學歷：_____ 職業：_____ 機構：_____

報讀此課程的原因及期望：_____

通訊地址：_____

聯絡電話：_____ 電郵：_____

已附上最高學歷副本連同申請表及支票一併遞交

擬參加實地體驗及研習之日期(請以“✓”選出合適的日期)

* 除參加講授課外，報讀此課程者必須在18/3-10/5/2019期間，分別在特殊幼兒中心、早期教育及訓練中心及特殊學校進行三天體驗課。請在下方表格以“✓”選出所有能夠出席的日期，以便作出安排。確實日期於第一課通知各報讀人士，日期一經確實不會再更改。

3月

18日(一) 20日(三) 21日(五) 25日(一) 27日(三) 29日(五)

4月

1日(一) 3日(三) 8日(一) 10日(三) 12日(五) 15日(一) 17日(三)
29日(三)

5月

3日(五) 6日(一) 8日(三) 10日(五)

報名及付款方法

請以劃線支票抬頭「香港耀能協會」或「SAHK」，連同填妥之「課程報名表」寄交：

香港耀能協會 康復專業學院

香港北角百福道21號17樓

(信封請註明：課程報讀及支票背面填寫申請人姓名及報讀之課程編號)

銀行名稱：_____ 支票號碼：_____ 申請人簽署：_____

本人明白所填寫之個人資料，將用作處理報名及有關課程行政相關事宜，並(請於合適方格內加上✓)：

同意學院保留有關資料及願意於日後接收學院其他課程資訊。

同意學院保留有關資料但不願意接收學院其他課程資訊。

要求於課程完結後註銷所有資料(請注意：註銷資料後本院將無法處理日後補領證書、收據、及核對持續專業進修學分等事宜之申請)。

註：

1. 每份申請表只供個人報讀單一課程，每個課程必須獨立填表及獨立開票。

2. 請以正楷填寫，核對無誤後郵寄。

3. 如所報讀之課程被取消，本學院會安排退款。

4. 在收到申請報名及全數過戶後，本學院職員會以電郵確認，請自行複核。

5. 經過戶後，參加資格不能轉讓，所繳費用概不退回。

6. 根據個人資料(私隱)條例，申請人有權日後要求註銷、查詢及更改其個人資料。申請人如欲查詢或註銷個人資料，可致電或電郵至本院。如欲更改資料，請以書面或電郵方式提出申請。

7. 如有查詢，請致電2778 6191或電郵 irp@sahk1963.org.hk 本院。