社團法人臺灣職能治療學會優良職能治療臨床教師申請表

附件一

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 |  | 身份證字號 |  | 二吋照片 |
| 出生年月日 | 年　 月　 日 | 性　　別 | □男　□女 |
| 電子郵件 |  | 聯絡電話 |  |
| 職能治療師證書號 | 職字第 號 |
| 進階制層級 | □OT1　□OT2　□OT3　□OT4　□無 |
| 服務單位 |  |
| 職稱 |  |
| 通訊地址 |  |
| 申請獎項 | □年輕優良職能治療教師獎□典範職能治療教師獎□優良職能治療輔導教師獎 |
| 教學領域 | □生理領域　□兒童領域　□心理領域　□社區領域　（可複選） |
| 對象資格 | □本會現任有效會員□擔任臨床教師或生活導師滿三年以上（同時擔任教師與導師不得重複累計）□檢附推薦人之推薦信一至兩份 |
| 優良事蹟內容（請自填） |
| （簡述職能治療教學成果、專業教育貢獻或對學員輔導之內容。可自行增列行數）【臨床教學成果】【學生（員）輔導】【專業教育貢獻】【教學成果發表】　　　　　　　　　　　　　　　　申請人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申請日期：　　年　　月　　日本人保證以上事蹟及所附資料全部屬實，如有不實或教學有關之不法不當情事，同意依相關規定處理，絕無異議。 |
| 審查項目 | 得分 | 綜合審查項目或評語 |
| 臨床教學成果 |  |  |
| 學生（員）輔導  |  |
| 專業教育貢獻 |  |
| 教學成果發表 |  |
| 進階制（加分項目） |  |
| 審查總得分 |  |
| 審查結果 | □通過　　□年輕優良職能治療教師獎　　□典範職能治療教師獎　　□優良職能治療輔導教師獎□不通過 |
| 專業品質委員會主任委員簽章 | 日期： 年　月　日 | 總召集人簽章 | 日期： 年　月　日 |
| 注意事項：1、請應於申請時間內檢送推薦函、申請表及佐證附件等，並依本會公告方式逕送本會進行審核，逾期恕不受理。2、本表格粗框內之審查項目、得分、綜合審查項目或評語、審查結果、簽章請勿填寫。 |