**國立嘉義特殊教育學校　 110 學年度第 1 學期**

**知動感統教室 使用登記調查表(表3-3)**

班級：＿＿＿＿＿＿＿＿　　導師/授課教師：＿＿＿＿＿＿＿＿

**□** 本班不需借用知動感統教室。

**□** 本班登記借用知動感統教室，使用時段如下:

| 星期節次 | **一** | **二** | **三** | **四** | **五** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |

說明：

※填妥本表後，於 **9/8(三)** 中午前將本表交回實輔處**復健組**彙整。

※專業治療教室使用以入班服務之班級為優先。