|  |
| --- |
| 國立嘉義特殊教育學校相關專業服務-學生擺位建議書 |
| 班級：＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　 **學生姓名**：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 轉介問題簡述： 轉介人簽章:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 擺 位 建 議：專業人員簽章:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 |
| 導　師簽章: 復健組簽章: 實輔主任簽章:  |
| □**同意並執行**專業人員的擺位建議。□**不同意執行**專業人員的擺位建議。 本人＿＿＿＿＿＿＿**(家長**簽名)年　　　月　　　日 |

* **本調查表若不敷使用，可自行影印或學校網站>相關資源>表單下載 處下載。**