

財團法人中華民國自閉症基金會 函

地址：臺北市中山北路5段841號4樓之2
承辦人：林玢倩
電話：02-28323020#18
傳真：02-28325286
電子信箱：wendy@fact.org.tw

330 桃園市桃園區縣府路1號14,15樓

受文者：桃園市政府教育局

發文日期：中華民國104年1月12日

發文字號：自基字第1050002002號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：活動簡章1份

主旨：本會舉辦《親師溝通實用技巧篇》專題研習，敬請 惠予協助函轉
所屬國小至高中之教師、家長活動訊息。

說明：

- 一、活動時間：105年3月6日(日)9:00~16:00
- 二、活動地點：愛蘇活601教室—台北市中正區重慶南路一段10號6樓
(台企大樓，近捷運台北車站，台北捷運站前地下街Z10號出口)
- 三、詳情請參閱附件簡章或上本會網站 www.fact.org.tw。

正本：桃園市政府教育局

副本：財團法人中華民國自閉症基金會(以上均含附件)

董事長

黃 干 芳

特殊教育科 105/01/13 14:05



121050003237 有附件



轉

《親師溝通實用技巧篇》

家長和老師，兩個不同的身分，看事情的角度也不同，但對自閉症的孩子來說，家長和老師在他們的成長過程中，扮演幾乎同等重要的角色。兩方若能夠互相配合、彼此支持，對孩子的學習、人際互動、情緒上都會有很多的幫助。

自閉症的孩子比一般孩子，有更多發展及生活適應的問題，為了幫助自閉症孩子能快樂成長、有效學習，在教養態度上取得協調，達到一致做法，親師之間更需要共同密切商議討論。

然而該如何有效的營建親師關係？該如何建立成功的合作關係？我們特地請到從事心理師工作多年、經驗豐富的王意中心理師來與我們分享該如何建立有效的親師溝通，除了理論之外，也加上實務的演練，內容豐富精采，不要錯過喔！

★日期與時間：105 年 3 月 6 日(日) 上午九點至下午四點

★上課地點：愛蘇活 601 教室—台北市中正區重慶南路一段 10 號 6 樓

(台企大樓，近捷運台北車站，台北捷運站前地下街 Z10 號出口)

★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；50 名

★課程師資：王意中 臨床心理師

現職：王意中心理治療所 所長/負責心理師

學歷：高雄醫學院行為科學研究所碩士、中原大學心理學系學士

經歷：振興復健醫學中心復健醫學部臨床心理師

中華民國過動兒協會諮商師

國軍八〇二總醫院精神科臨床心理師

專長：嬰幼兒發展評估及發展遲緩兒童認知、行為、情緒訓練

兒童及青少年心理衡鑑、心理治療、行為治療、遊戲治療、團體治療、情緒管理訓練、社交技巧訓練、認知訓練及注意力訓練、父母親職教育諮商、特殊兒童家長團體、教師諮詢及成長團體等

★課程費用：每人 700 元(含講義及午餐)

★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。請先至郵局劃撥繳費後，

(1)網路報名：<http://goo.gl/forms/dgsbQMN8ow> 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！

★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：3/6 親師溝通實用技巧篇、參加者姓名及人數

2.聯絡人：林廷倩 02-2832-3020#18;wendy@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. 搭乘捷運、火車、高鐵：請於台北車站下車，往台北捷運站前地下街 Z10 號出口，右轉至台企大樓請上 6 樓。
2. 搭乘公車：請於台北車站(忠孝)或台北車站(重慶)或台北車站(開封)下車。



105.03.06 《親師溝通實用技巧篇》講座報名表

姓名	職稱	飲食需求	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
參加者身分 (務必填寫)	<input type="checkbox"/> 家長：孩子生日(西元)_____年_____月_____日 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"/> 是否為亞斯伯格自閉症) <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"/> 補教 <input type="checkbox"/> 就輔員 <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"/> 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)		<input type="checkbox"/> 訂閱《牽引》會訊(免費) (已訂閱者勿重複訂閱)
地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (寄發牽引會訊用，請務必工整填寫)		
聯絡電話	(H)手機(寄發通知用，請務必工整填寫) (O)_____		
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 700 元；劃撥日期_____月_____日		

劃撥收據黏貼處(傳真報名用)

填寫完後請傳真至：02-2832-5286 並來電：02-2832-3020#18 確認，謝謝!