

臺北市立啟聰學校 函

地址：臺北市重慶北路三段320號
承辦人：徐瑾樺
電話：02-25924446#602
傳真：02-25950801
電子信箱：1062@tmd.tp.edu.tw

受文者：臺北市民族實驗國民中學

發文日期：中華民國109年12月2日
發文字號：北聰聽字第1093008368號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：0119手語研習實施計畫 (5263971_1093008368_1_ATTACHMENT1.doc)

主旨：檢送「臺北市109學年度手語能力精進特教知能研習實施計畫」，請查照。

說明：

一、目的：

(一)增進本市特殊教育教師及相關人員聽覺障礙教育知能，瞭解聽覺障礙者手語溝通及文化。

(二)使本市教師提昇教學效果及輔導品質，裨益提供每一位孩子多元、創新、卓越的教學資源。

二、辦理時間：110年01月19日（星期二）上午9時至12時。

三、研習地點：臺北市立啟聰學校南排4樓多媒體會議室。

四、參加對象：本場次名額共25名，如欲額滿時依下列順序錄取。

(一)本市聽障教育專業教師(啟聰學校及聽障重點學校教師)。

(二)本市公私立高級中等以下各級學校及幼兒園有手語需求之教師。



五、報名方式：即日起至110年01月15日(星期五)止，請逕至
臺 北市教師在職研習網站 (<http://insc.tp.edu.tw/index/DefBod.aspx>) 登錄報名，並自行至網站查詢錄取
狀況。

六、備註：

(一)全程參與研習者核予3小時研習時數。參與教師請於研
習結束5日後，逕至臺北市教師在職研習網查詢研習時
數。

(二)本校不提供停車位，請多搭乘大眾運輸交通工具前往。
(地址：臺北市大同區重慶北路三段320號。大眾運輸：
公車302、304、223、601；捷運大橋頭站、捷捷運圓山
站。

(三)如欲申請特殊需求(如：手譯)服務，請於報名時聯繫
承辦人，以利會場安排。

(四)請配合本校防疫政策，進入校園需量測體溫及配戴口
罩。

正本：臺北市政府教育局所屬公私立各級學校

副本：臺北市立啟聰學校 聽障教育資源中心(含附件)

