**學年度第 學期多重科目學習問題學生輔導 教學助理輔導申請表**

 申請日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| 申請單位 |
| 老師/單位負責人姓名 |  | 任職系(所)/單位 |  |
| 聯絡電話 | 辦公室分機：  | 手機： |  |
| E-mail： |
| 須輔導學生資料 |
| 輔導學生姓名 |  | 系所/班級 |  |
| 手機 |  | EMAIL |  |
| 學習困難(如科目或學習上的困難)簡述說明 |  |
| 須教學助理協助內容簡述說明 |  |
| 可輔導之日期 | 每週 | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 | 星期六 | 星期日 |
| 上午時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 下午時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 晚上時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 推薦之教學助理(1) | 姓名 |  | 班級系所 |  |
| 手機 |  | E-mail |  |
| 推薦理由 |  |
| 推薦之教學助理(2) | 姓名 |  | 班級系所 |  |
| 手機 |  | E-mail |  |
| 推薦理由 |  |
| 輔導地點 | * 有，固定輔導地點，地點於\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 無，請教學發展組推薦
 |
| 教師/單位負責人簽章 |  | 系所/單位主管簽章 |  |
| 其他意見或說明 |  |

備註：導師、學輔中心、系上或教師針對弱勢學生在學習上有問難者，可隨時提出申請。