# 附錄四 聽力暨語言治療學系書審資料格式

**馬偕醫學院聽力暨語言治療學系招生考試**

**考生個人資料表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性別 |  | 請以電子圖片形式貼上二個月內近照 |
| 出生日期 | 民國 年 月 日 | 國民身分證字號 |  |
| (原)就讀學校(系所，年級) | 高中： □應屆□畢業 |
| 大學： □肆業□畢業 |
| 聯絡地址 |  |
|  電話 | 住家： |
| 行動電話： |
| Email |  |
| 學業專長 |  |
| 自我描述(請以30個字描述自我的特質) |  |
| 個人榮譽或得獎事績(請擇重點簡述) |  |
| 學生幹部或社會服務事績(請擇重點簡述) |  |
| 英文程度 | 測驗名稱 |  | 成績 |  |
| 國家語言及其它外語能力 | ※請勾選國家語言及其他外語能力，若有檢定證明請勾選具檢定證明（並將證明附於證明文件表格內）。若無檢定證明依然可以自評，自評分數請填入1至5（5=優、1=少許）；若不具備使用該語言之溝通能力則不必勾選。 |
| □台語 | □具檢定證明□自評(聽　;說　;讀　;寫　) |
| □客語 | □具檢定證明□自評(聽　;說　;讀　;寫　) |
| □原住民族語(　　族語) | □具檢定證明□自評(聽　;說　;讀　;寫　) |
| □臺灣手語 | □具檢定證明□自評(理解　；表達　) |
| □其他：　　　語 | □具檢定證明□自評(聽　;說　;讀　;寫　) |

**馬偕醫學院聽力暨語言治療學系招生考試**

**個人資料表-證明文件**

(有利書審佐證資料)

※評分採計僅限高中以上階段。

※請依時間先後順序填寫。

|  |
| --- |
|  |
| 測驗名稱：  | 測驗日期： 年 月 日 |
| 成績、級數或合格與否： | 發證日期： 年 月 日 |

**馬偕醫學院114學年度轉學考**

**聽力暨語言治療學系：自傳**

自傳內容應涵蓋：

(1)自我人格特質等相關描述 (2)選擇聽語專業的動機 (3)申請馬偕聽語學系的動機

（1000字為限）。

**請以文章段落格式書寫，請勿整篇以列點、表格呈現。**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**(此頁若不足書寫1000字可自行增頁。可用電腦打字，惟下方請以親筆簽名)**

考生親筆簽名：

**馬偕醫學院114學年度轉學考**

**聽力暨語言治療學系：讀書計畫**

內容須涵蓋：

(1)聽力師或語言治療師需涵蓋之特質與能力 (2)你具備哪些聽力師或語言治療師的特質和能力，請提供事證具體描述 (3)承上題，你認為自己有哪些未具備或不足之處？你計畫於入學前與大學四年中，如何增強，以成為專業的聽力師或語言治療師（請針對自己未具備或不足之處，擬訂可行之自我增能計畫）。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**(此頁若不足書寫1500字可自行增頁。可用電腦打字，惟下方請以親筆簽名)**

 考生親筆簽名：

**馬偕醫學院114學年度轉學考**

**聽力暨語言治療學系：其他**

※請檢附其他有助於審查之資料(如：競賽成績、檢定證明、公益性服務或社團及作品集…等)。

※請依時間先後順序填寫。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項次 | 名稱 | 參加起迄時間（xx年xx月 至xx年xx月） | 是否檢具證明文件（佐證資料請依照順序附於本表格次一頁） | 備註 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

本人保證以上所填資料均屬實，經查證不實者，取消入學資格。

考生簽名：

**佐證照片**

|  |
| --- |
|  |
| 時 間： 年 月 日 | 地 點：  |
| 服務內容： | 單位名稱：  |
| 心得與反思： |