

馬偕醫學院聽力暨語言治療學系

2025 年第八屆聽語營

語聲共鳴

報名簡章

一、活動宗旨：

1. 推廣馬偕醫學院及聽語學系給全國高中生。
2. 啟發高中生對聽語專業的興趣，並引領其加入聽語專業的行業
3. 體驗馬偕醫學院的上課環境及宿舍生活。

二、活動日期：

2025/01/21(二)－2025/01/24(五)

三、活動地點：馬偕醫學院 - 新北市三芝區中正路三段 46 號

四、活動特色：

1. 聽語營期間設計了許多專業知識的教案和活動，期許學員可以藉由參與聽語營，以有趣的方式學習到最正確的專業知識。
2. 藉四天三夜的馬偕生活及學習體驗，讓學員學習專業知識之餘，也體驗到馬偕醫學院高品質的聽語中心相關設備和家庭式的宿舍環境。
3. 教學和團康活動交叉安排，在有趣的遊戲中獲得樂趣，一方面也可以結交到同齡的好友，學習如何在團隊中表達自己、認識別人。
4. 透過與聽語學系師生的相處，更加了解聽語學系的學習內容以及專業者的熱忱所在。

五、活動內容：

總共四天三夜的活動將帶領學員們參觀馬偕醫院校園、聽語學系實習中心、專業聽檢儀器（聽檢室、電生理檢查室等）、語言治療室，進行各項團康活動、溝通障礙體驗活動、聽力及語言治療講座、多樣的聽語實作課程，藉由這些活動讓學員可以認識來自不同高中的學員，並且對聽語專業有近一步的認識。

活動流程

	1/21	1/22	1/23	1/24
8:00-9:00		早餐	早餐	早餐
9:00-9:30		系主任時間	教案時間	教案時間
9:30-10:00		教案時間		
10:00-10:30		語言講座		結營
10:30-11:10				
11:10-11:30				
11:30-12:00		午餐	午餐	
12:00-12:30				
12:30-12:50	破冰	教案時間		
12:50-13:00				
13:00-13:50	淡水地頭蛇	教案時間		
13:50-14:00			解剖講座	
14:00-15:30				
15:30-16:00		賭城		
16:00-17:40				
17:40-18:20		晚餐	晚餐	
18:20-19:30				
19:30-19:50	開營	晚會		
19:50-20:30				
20:30-21:00				
21:00-21:50				
21:50-22:00				
22:00-22:30				

六、活動對象：全國高中職生。

七、招收人數：30 人

八、主辦單位：馬偕醫學院聽力暨語言治療學系系學會

九、報名日期：2024/10/14(一)~2024/11/04(一)

十、報名方式：

1. 請填寫報名表單，會參考報名順序及表單回覆內容。

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfwJ0sRNOW5NiwOvRTFHzm3kt9CS0CxqP8jV1Bh7by0pjEI-A/viewform>

2. 將於 11/06 (三) 公布正備取名單，並以電子郵件方式寄出正取學員繳費通知，正取學員請在 11/13 (三) 之前完成繳費並填寫繳費確認表單（連結將附在粉絲專頁及電子郵件中）。
3. 確認繳費後將由工作人員於 3 個工作天內由電子郵件通知報名成功，並於粉專公佈正取報名成功之學員。
4. 備取遞補名單於 11/14 (四) 公佈，並以電話方式聯絡參加意願，若確定參加，將以電子郵件方式寄出繳費通知，於 11/18 (一) 之前完成繳費並填寫繳費確認表單。
5. 最終正式名單將於 11/25 (一) 公佈，並以電子郵件方式通知正式錄取。
6. 通知正式錄取後請在 12/02 (一) 之前將家長同意書下載簽名或列印下來簽名後拍照掃描，將電子檔傳到我們提供的雲端上，雲端連結將和錄取通知書一併寄出。（家長同意書附於簡章最後面，也可至粉專下載）。*若未於時間內收到家長同意書將視同放棄資格。

十一、報名費用：

1. 5800 元整，含活動費用、膳食、住宿、保險、實作課程、營服等費用。
2. 團報優惠：兩人同行，每人 5600 元整。

十二、退費機制：

1. 若小隊員於 11/25 前主動告知無法參加，全額退費。

2. 若小隊員於 12/15 前主動告知無法參加，退還已繳費用之 7 成。
3. 若小隊員於 1/5 前主動告知無法參加，退還已繳費用之 5 成。
4. 若小隊員於 1/5 後告知無法參加，恕不退款。
5. 若因其他不可抗力之因素導致營隊無法如期舉行，將扣除必要成本後退費。
6. 若因個人不可抗力之因素無法參加，歡迎討論。

十三、 聯絡方式：

1. 總召：馮玟慈 聯絡電話 0963-513-263
2. 副召：洪禮欣 聯絡電話：0905-429-090
馮暉涵 聯絡電話：0909-138-303
3. 馬偕醫學院聽力暨語言治療學系 聯絡電話：(02)26360303 #1501

馬偕醫學院 2025 第八屆聽語營家長同意書

本人同意_____高中/職_____年級學生

_____參加馬偕聽語系系學會主辦之馬偕聽語營

活動，活動日期 2025/01/21(二) 至

2025/01/24(五)

學生家長/監護人:(簽章)_____

家長連絡電話:_____

中華民國_____年_____月_____日