**馬偕醫學院資源教室**

**【學習協助需求說明表】**

申請人： 系級： 填寫日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **課程名稱** | **任課老師** | **需求簡要說明** | **老師授課方式** | **同儕協助項目** | **備註** | **評估** |
|  |  |  | □ PPT簡報  □ 操作／實作  □ 課本／書籍  □ 書面資料／講義 | □ 課後個別加強  □ 課堂筆記整理  (重點紀錄)  □ 課程同步聽打  (逐字內容)  □ 報讀/錄音 |  |  |
|  |  |  | □ PPT簡報  □ 操作／實作  □ 課本／書籍  □ 書面資料／講義 | □ 課後個別加強  □ 課堂筆記整理  (重點紀錄)  □ 課程同步聽打  (逐字內容)  □ 報讀/錄音 |  |  |
|  |  |  | □ PPT簡報  □ 操作／實作  □ 課本／書籍  □ 書面資料／講義 | □ 課後個別加強  □ 課堂筆記整理  (重點紀錄)  □ 課程同步聽打  (逐字內容)  □ 報讀/錄音 |  |  |