**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 |   |  |