

附表 2

社團法人臺灣職能治療學會職能治療實習補修證明書						
姓名		性別		出生日期	年 月 日	身分證 統一編號
實習學科	實習內 涵			實習場所	實習期間	實習週 (時)數
<input type="checkbox"/> 生理疾患職能治療實習	神經系統、肌肉骨骼系統及其他生理疾病之職能治療評估、治療計畫擬定及治療介入；服務類型包含住院及門診職能治療				年 月 日 年 月 日	週 小時
<input type="checkbox"/> 心理疾患職能治療實習	精神分裂症、情感性精神病及其他心理障礙者之職能治療評估、治療計畫擬定及治療介入；服務類型包含急性期及復健期之職能治療				年 月 日 年 月 日	週 小時
<input type="checkbox"/> 小兒職能治療實習	發展遲緩、自閉症、腦性麻痺及其他功能發展障礙之職能治療評估、治療計畫擬定及治療介入；服務類型包含住院或門診職能治療				年 月 日 年 月 日	週 小時
<input type="checkbox"/> 社區或長期照護職能治療實習	非醫療機構個案之職能治療評估、治療計畫擬定及治療介入；服務內容包含直接服務或諮詢服務，服務場所可為學校、精神復健機構、社會福利機構、職業重建、長期照護機構或居家職能治療等				年 月 日 年 月 日	週 小時
此證明申請人已完成上列所載各實習學科實習成績皆及格，共計修習時數 週 (小時)。						
(學會蓋關防處)						
				理事長：	(簽章)	
中 華 民 國 年 月 日						
附註：						
<p>一、「實習」係指實際接觸個案照護的經驗，不包含示教練習、見習及機構參訪。</p> <p>二、實習課程負責人資格需具教學醫院5年以上專責職能治療師資格者。</p> <p>三、實習教師資格需具教學醫院2年以上專責職能治療師資格者。</p> <p>四、實習師生比例不得低於1:3(即每1位教師於同一時期至多指導3名學生)。</p> <p>五、本證明書必須由學會依申請人實際情形詳細查核後出證，如有不實，出證者應負法律責任。</p> <p>六、本證明書僅供報名專門職業及技術人員高等考試職能治療師考試之用。</p>						