

弘光科技大學 函

地址：433臺中市沙鹿區臺灣大道六段1018號

聯絡人：王雅莉

電子信箱：lilyw833@sunrise.hk.edu.tw

聯絡電話：04-26318652*7500

傳真電話：04-26318154

受文者：臺北市私立大誠高級中學

發文日期：中華民國113年1月23日

發文字號：弘大語聽字第1130001204號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明 (1131200238_1_ATTCH1.pdf)

主旨：本校語言治療與聽力學系舉辦「聽力保健及嗓音與吞嚥體驗營」，活動資訊詳如附件，請貴校轉發並鼓勵學生、導師踴躍報名參加，請查照。

說明：

一、體驗營簡介：藉由語言治療與聽力學知識相關之體驗活動，促進學生對本校語言治療與聽力學系之認識，提供未來升學及職涯發展探索之幫助。

二、辦理時間：請擇一場次早上或下午參加即可。

(一)113年2月3日(星期六)：

1、上午場：09：00-12：00。

2、下午場：13：00-16：00。

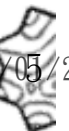
(二)113年5月4日(星期六)：

1、上午場：09：00-12：00。

2、下午場：13：00-16：00。

(三)113年6月1日(星期六)：

1、上午場：09：00-12：00。



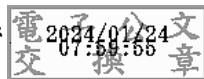
2、下午場：13：00-16：00。

三、報到地點：本校I棟語言治療與聽力學系教室(I303)。

四、詳情請參閱簡章(如附件)。

正本：各公私立高級職業學校、各公私立高級中學

副本：本校語言治療與聽力學系



裝

訂

線

