

# 財團法人中華民國自閉症基金會 函

地址：臺北市中山北路5段841號4樓之2

承辦人：林廷倩

電話：02-28323020#18

傳真：02-28325286

電子信箱：wendy@fact.org.tw

330 桃園市桃園區縣府路1號14,15樓

受文者：桃園市政府教育局

發文日期：中華民國104年11月3日

發文字號：自基字1040002092號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：活動簡章1份

主旨：本會舉辦《星兒的青春心事-10歲~20歲的生命》親職教育課程，敬請 惠予協助函轉所屬國小至高中之教師、家長活動訊息。

說明：

一、活動時間：104年12月13日(日) 09:00~16:00。

二、活動地點：NGO會館-臺北市中正區青島東路8號。

三、詳情請參閱附件簡章或上本會網站 [www.fact.org.tw](http://www.fact.org.tw)。

正本：桃園市政府教育局

副本：財團法人中華民國自閉症基金會(以上均含附件)

董事長

黃 干 芳



特殊教育科 104/11/06 14:07



121040087905 有附件

婷

# 財團法人中華民國自閉症基金會

## 《星兒的青春心事-10歲~20歲的生命》親職教育課程

提到「兩性關係」家長最常有的問題就是—「要從孩子幾歲的時候開始教？」「要教些什麼？要怎麼教？」我們特地邀請到從事臨床工作多年的丘彥南醫師和台北師範學院輔導組兼星兒家長林翠玫老師現身說法，讓我們瞭解星兒的青春心事，如何看待兩性關係，以及探討、學習如何面對親密關係的困境，內容豐富精采，不要錯過喔！

★日期與時間：104年12月13日(日)上午9:00至下午4:00

★上課地點：NGO會館(臺北市中正區青島東路8號)

★對象與名額：泛自閉症障礙類學生之家長為主，教師或相關專業人員；80名

★課程師資：

### 丘彥南 醫師

專長：兒童青少年精神醫學、兒童虐待、兒童青少年司法精神鑑定、心理治療

現任職務：臺大醫院精神醫學部主治醫師、臺大醫學院精神科兼任講師

主要學歷：國立臺灣大學醫學系畢業 (1981.6)

Diploma of Child and Adolescent Psychiatry, University of London/Institute of Psychiatry/  
Institute of Child Health, U.K. (1991)

主要經歷：臺大醫院精神醫學部住院醫師 (1983.7~1987.7)、臺大醫院精神醫學部主治醫師 (1987.8~)

臺灣兒童青少年精神醫學會理事長 (2006.11~2010.6)

工作重點：兒童青少年精神醫療工作，教學及研究

### 林翠玫 老師

學歷：國立臺北師範學院初教系輔導組

經歷：獲選為100學年度臺北市特殊優良教師、臺北市國語實驗國民小學高年級級任老師、文書組長、教學組長

臺北市大安區新生國民小學低中高年級級任老師

★課程簡介(暫訂)：

時間	主題	主講人
9:00-12:00	青春期生理/心理/社會的成長議題 (一) 基礎實用篇 青春期生理/心理/社會的成長議題 (二) 進階挑戰篇	丘彥南醫師
12:00-13:00	午餐/休息	
13:00-15:00	親子成長經驗分享 親師生成長經驗分享	林翠玫老師
15:10-16:00	資源整合運用+綜合討論	丘彥南醫師、林翠玫老師

★課程費用：每人600元(含講義午餐)

★備註：1、本次課程恕不接受現場臨時報名，請見諒。2、課程無臨托服務，請先妥善安置幼兒。  
3、為響應環保，請自備環保杯。

★交通資訊：

#### 1. 公車資訊：

青島林森路口站：527、295、49、246、604、222、307

#### 2. 捷運資訊：捷運板南線善導寺站(近2號出口)

★報名辦法及報名表(P2)：

1. 報名日期與方式：即日起，額滿為止。請先至郵局劃撥繳費後，

(1) 網路報名：<http://goo.gl/forms/dgsbQMN8ow> 或

(2) 傳真報名：填妥報名表連同收據，傳真至本會並來電確認，謝謝！

★帳號及戶名：11776805 財團法人中華民國自閉症基金會

★通訊欄請填：12/13星兒的青春心事、參加者姓名及人數

2. 聯絡人：林廷倩 02-2832-3020#18; wendy@fact.org.tw 傳真：02-2832-5286

3. 課程當天若遇颱風、地震等天災，人事行政局宣布北北基停班停課，另延期再舉辦。

4. 退費方式：①自行報名繳費後如不克參加請於實際上課14天前(含六日)提出申請，全額退還報名費(但必需自行負擔2次轉帳手續費)。開課前8-14天內(含六、日)提出申請者，退還已繳報名費用七成。開課前7



天內(含六日)提出申請者，退還已繳報名費用六成。②課程當天未出席者，不予退費。

5.申請退費：包括個人或是停課集體退費，皆請備妥原繳費收據及個人金融帳戶存摺影本，傳真至本會辦理，未能提供上述書面資料者，恕無法退費。

## 104.12.13 《星兒的青春心事》親職講座報名表

姓名	服務單位/職稱	飲食需求	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
參加者身分 (務必填寫)	<input type="checkbox"/> 家長: 孩子生日(西元)____年____月____日; 年級(年齡)____ 1.就學年齡: <input type="checkbox"/> 學前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專(含以上) 2.診斷類別: <input type="checkbox"/> 自閉症____度 <input type="checkbox"/> 亞斯伯格症(含疑似) <input type="checkbox"/> 未確診 <input type="checkbox"/> 其他診斷: _____ <input type="checkbox"/> 教師: <input type="checkbox"/> 普教 <input type="checkbox"/> 特教 <input type="checkbox"/> 教保員 <input type="checkbox"/> 生輔員 <input type="checkbox"/> 補教 <input type="checkbox"/> 其它_____ 教學年齡層: <input type="checkbox"/> 學前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專(含以上) <input type="checkbox"/> 其他專業人員: <input type="checkbox"/> ____醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> ____治療師 <input type="checkbox"/> 社工師(員) <input type="checkbox"/> 就輔員 <input type="checkbox"/> 其它_____ <input type="checkbox"/> 學生: <input type="checkbox"/> 大學; 科系____ <input type="checkbox"/> 研究生; 科系____ <input type="checkbox"/> 其他____; 科系____		
電子郵件	(寄發通知用, 請務必工整填寫)	免費訂閱: _____ 《牽引》會訊 或 電子報 (已訂閱者勿重複訂閱)	<input type="checkbox"/> 《牽引》會訊-新訂戶 <input type="checkbox"/> 電子報-新訂戶 <input type="checkbox"/> 請取消《牽引》會訊
地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
聯絡電話	(H)手機(寄發通知用, 請務必工整填寫) (O) _____ 傳真號碼		
收據抬頭	(若未註明則以個人名義開立)		
繳費情形	<input type="checkbox"/> 已繳交費用 600 元; 劃撥日期____月____日		

劃撥收據黏貼處(傳真報名用)

**填寫完後請傳真至：02-2832-5286 並來電：02-2832-3020#18 確認，謝謝!**