

109 年臺中市視覺障礙教育服務計畫
「視覺障礙學生手機 APP 運用」實施計畫

壹、依據：109年臺中市視覺障礙教育服務計畫工作計畫之工作要項辦理。

貳、目的：藉由各種能有效輔助視覺障礙學生手機 APP 的課程分享，以增進視障教育專業團隊成員視障輔導專業知能，期能提升視障學生科技輔具運用能力。

參、辦理單位：

- 一、主辦單位：臺中市政府教育局
- 二、承辦單位：臺中市立啟明學校

肆、參加人員：預計錄取 30 名

- 一、臺中市視障巡迴輔導教師。
- 二、臺中市立國中小及高中職資源班教師。
- 三、臺中市四所特殊教育學校教師。
- 四、臺中市國中小及高中職視障學生及其家長。
- 五、臺中市視障相關社會福利團體。

伍、日期及地點：

- 一、日期：109 年 5 月 28 日（星期四） 13:10~17:30
- 二、地點：臺中市立啟明學校文康中心

陸、報名方式及注意事項說明：

- 一、請於 109 年 5 月 20 日（星期三）前至「[全國特殊教育資訊網](http://special.moe.gov.tw/index.php)」（網址：<http://special.moe.gov.tw/index.php>）內「研習報名」逕行報名。
- 二、本次研習名額有限，為免影響他人權益，報名後請務必出席，符合資格者依報名順序審核通過。
- 三、報名截止日後，請逕行連結報名網站查詢報名審查錄取名單；
研習活動聯絡人：陳亮瑄老師 TEL:04-2557-8804、FAX：04-2556-8714
電子信箱：lianghsuan@cmsb.tc.edu.tw。
- 四、全程參加研習人員者核發 4 小時研習證明，未全程參與者恕不核給研習時數。

- 五、為響應環保政策，參加人員請自備文具、環保水杯及餐具。
- 六、依據「臺中市各級學校因應嚴重特殊傳染性肺炎防疫工作指引」防護措施，參加研習者於報到處應接受量測體溫、詢問旅遊史、酒精乾洗手、有咳嗽症狀者請戴口罩(自備)等，並婉拒有傳染風險者進入會場。
- 七、配合防疫措施，請報名的同時將附件三填寫完成並回傳。
- 柒、參加研習人員請各服務學校給予公(差)登記，其差旅費由各校自行負擔。
- 捌、研習程序表：參見附件一。
- 玖、師資介紹：參見附件二。
- 拾、研習經費：本次研習所需費用由 109 年臺中市視覺障礙教育服務計畫經費項下支應。
- 拾壹、承辦本項活動有功人員依「臺中市立高級中等以下學校教育人員獎勵要點」規定敘獎。
- 拾貳、本實施計畫陳臺中市教育局核備後實施，修正時亦同。

109 年臺中市視覺障礙教育服務計畫 「視覺障礙學生手機 APP 運用」程序表

109 年 5 月 28 日 (星期四)			
時間	課 程	主持人/主講人	備 註
13:10 ~ 13:20	報 到		
13:20 ~ 13:30	開幕式	臺中市立啟明學校 廖連喜校長	臺中市立啟明學校文康中心
13:30 ~ 15:00	Android 系統智慧手機 一、低視能語音輔助 APP 分享 二、低視能放大、擴視輔助 APP 分享 三、低視能生活輔助 APP 分享	王永昇老師	
15:00 ~ 15:10	休 息		
15:10 ~ 16:40	四、視覺障礙 VR 模擬體驗 五、TalkBack、VoiceOver 操作手勢簡介	王永昇老師	
16:40 ~ 16:50	休 息		
16:50 ~ 17:30	綜合座談	臺中市視覺障礙教育 服務計畫團隊	
17:30	賦 歸		

附件二

【王永昇老師學經歷】

性 別：男

學 歷：淡江大學 歷史系

經 歷：教育部大專校院及高中職視障學生教育輔具中心評估員
淡江大學視障資源中心低視能電腦講師

臺中市立啟明學校防疫期間活動健康聲明書

本校依據教育部來函、「傳染病防治法」、「個人資料保護法」第十九條「為增進公共利益所必要」以及因應「嚴重特殊傳染性肺炎」（武漢肺炎）疫情，辦理相關防治措施，需請您提供相關個人資料，蒐集之個人資料類別包括：「識別類、社會情況類、健康與安全紀錄及其他各項有關檢疫與防治措施作業所必須提供之個人資料」。

所蒐集之相關個人資料將依據「傳染病防治法」相關規範辦理，於必要時提供相關執行傳染病防疫工作執行處理、利用個人資料。

本健康聲明書依據國家發展委員會檔案管理局公告之機關共通性檔案保存年限基準辦理，於校務行政作業所及地區內依法處理、利用個人資料。

敬請您確認下列事項，保證您確實了解相關事項，無隱匿病情，簽署同意書並配合自主健康管理。

- 一、本人未有確診流感或嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)。
- 二、本人未有高傳染性疾病。
- 三、本人未有發燒(體溫訂定標準:額溫 ≥ 37.5 度，耳溫 ≥ 38 度)、畏寒、肢冷、關節痠痛、腹瀉等疑似流感或冠狀病毒之症狀。如有為以下那些症狀：
發燒流鼻水或鼻塞咳嗽呼吸困難全身倦怠四肢無力腹瀉
- 四、本人未持有衛生主管機關或檢疫人員開立之居家隔離通知書、居家檢疫通知書、健康關懷通知書或自我健康管理通知書。
- 五、本人14天內未於高風險環境中工作或與疑似或確診病患直接或間接接觸。
- 六、本人於活動開始日前14天未有旅遊史。
- 七、活動期間將配合進行體溫檢測及健康監測，若有任何不適症狀、配合團體規定、落實防疫措施。
- 八、活動期間若有任何不適症狀將立即主動通報工作人員及配戴口罩，依活動防疫負責人指示即刻就醫治療，且不提供相關費用退費。
- 九、若有隱匿病情情事將由主辦單位進行防疫通報。

簽署人/日期：_____

聯絡電話：_____