

# 广州市残疾人康复中心

## 关于举办 2024 年听力语言康复专业技术人员 员培训班的通知

各康复机构:

为贯彻落实《广东省残联关于进一步加强全省残疾人康复专业人才队伍建设的意见》《广东省残联系统康复专业技术人员规范化培训实施方案》等文件精神，加强我市残联系统康复服务机构听力语言康复专业技术人员规范化培训工作，拟于 2024 年 9 月 2 日-6 日在广州举办“2024 年听力语言康复专业技术人员培训班”。培训班由广州市残疾人康复中心（广州博爱医院）主办，广东省残疾人康复中心协办。现将培训有关事项通知如下：

### 一、培训时间

2024 年 9 月 2 日-6 日

### 二、培训地点

广州市残疾人康复中心（广州市天河龙口西路 375 号）11 楼会议室

### 三、培训内容

培训内容安排见附件 1。

#### 四、参加人员

(一) 在本市行政区域内从事听力语言康复专业服务的  
一线工作人员；

(二) 具有教育、医疗、康复、心理等相关专业中专及  
以上学历；

(三) 本期培训人数 50 人, 同个单位报名不超过 6 人(含  
6 人)。

#### 五、注意事项

(一) 凡报名确认参加培训的学员, 培训期间原则上不  
予请假, 请报送单位妥善安排好人员的工作, 不要培训中途  
变动；

(二) 参加培训学员由各机构统一报名, 于 8 月 27 日  
将报名回执(见附件 2, 含电子版、加盖公章件、专业人员的  
毕业证扫描件等材料)一起电邮至 [gzc1cbr@gz.gov.cn](mailto:gzc1cbr@gz.gov.cn) (邮件  
主题: 机构名称+听力语言培训班报名回执), 名单经审核符  
合条件的方可参加培训；

(三) 参加培训学员均需进行理论和实践操作考核；

(四) 参加培训学员免培训费, 食宿和交通费自理, 请  
严格按照培训日程安排和相关要求, 全身心参加培训；

(五) 本次培训联系人: 马老师, 联系方式:

020-38493797。

附件：1. 2024 年听力语言康复专业技术人员培训班日程  
表

2. 2024 年听力语言康复专业技术人员培训班报  
名回执

广州市残疾人康复中心（广州博爱医院）

2024 年 8 月 14 日



附件 1

2024 年听力语言康复专业技术人员培训班

日程表

| 日期      | 时间            | 内容                | 讲者                     |
|---------|---------------|-------------------|------------------------|
| 9 月 2 日 | 8: 30-9: 00   | 报到                |                        |
|         | 9: 00-12: 00  | 听力语言康复概述          | 殷慧丹                    |
|         | 14: 00-17: 00 | 听力学相关概述及听能管理      | 马雪碧                    |
| 9 月 3 日 | 9: 00-12: 00  | 听障儿童听觉语言能力评估      | 梁曹俐                    |
|         | 14: 00-17: 00 | 听觉语言能力评估实操        | 梁曹俐                    |
| 9 月 4 日 | 9: 00-12: 00  | 首次评估、持续评估的内容方法及要求 | 广东省<br>残疾人<br>康复中<br>心 |
|         | 14: 00-17: 00 | 听觉口语教学的技巧与策略      |                        |
| 9 月 5 日 | 9: 00-12: 00  | 个别化教学工作流程、教学流程与原则 |                        |
|         | 14: 00-17: 00 | 五大领域教学内容及实施方法     |                        |
| 9 月 6 日 | 9: 00-12: 00  | 理论考核              |                        |
|         | 14: 00-17: 00 | 实操考核              |                        |

附件 2

2024 年听力语言康复专业技术人员培训班报名回执

机构名称:

(加盖公章方有效)

电邮至 gzc1cbr0gz.gov.cn

| 姓名 | 性别 | 专业 | 学历 | 联系方式 | 工作年限 | 岗位 |
|----|----|----|----|------|------|----|
|    |    |    |    |      |      |    |
|    |    |    |    |      |      |    |
|    |    |    |    |      |      |    |
|    |    |    |    |      |      |    |
|    |    |    |    |      |      |    |
|    |    |    |    |      |      |    |

填报人:

联系方式:

