

# 馬偕學校財團法人 馬偕醫護管理專科學校

109 學年度第 1 學期

視光學科推廣教育學分班

## 招生簡章



編印單位：馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校/推廣教育組

地 址：台北市北投區關渡里聖景路92號

聯絡電話：(02)2858-4180轉2294

傳真號碼：(02)2858-4183

中華民國 一〇九 年 六 月

**馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校**  
**109 學年度第 1 學期推廣教育視光學科學分班招生簡章**

一、依據：依據本校「推廣教育實施辦法」及「推廣教育收支管理辦法」等相關規定辦理。

二、目的：為因應未來即將通過之驗光師法案，順應當前社會高等教育普及化與職場科技革新變遷潮流，增進個人專業知識與提升實務能力以符合未來職場對於學歷與相關專業證照要求，藉由在職進修等多元教育途徑，以達個人終身學習與強化就業競爭之專業能力之目的。本中心為配合教育部開放高等教育進修管道開設學分班，提供在職人士繼續進修，以延續個人拓展相關專業知識之學習環境，配合政府推廣成人教育與終身學習之政策。

三、招生班別：視光學科學分班。

四、招生對象：

1.十八歲以上。

2.未滿十八歲者，應具備報考二專專科學校資格。

備註：本推廣教育為修習二專程度學分班，修業成績及格，僅核予學分證明。學員日後如擬入學二專專科學校，仍應具備報考二專專科之資格(如：具高中職以上學歷[合同等學力]如：取得丙級技術士證或單一級技術士證後，從事相關工作經驗五年以上。取得乙級技術士證證後，從事相關工作經驗二年以上。

3.本校保留接受報名與否之權利。

五、招生人數：2 班各 50 名，共計 100 名。不敷開班成本時，將由本校推廣教育組通知不開班並全額退費（報名截止日期：109 年 08 月 31 日，額滿截止）。

六、開設課程：

（一）課程名稱及授課方式：本推廣教育學分班，共計 9 門課，16 學分，18 學時，總上課時數 324 小時，包含通識教育課程及視光學專業課程，如下表：

項次	課程名稱	學分數	學時數	上課時數	授課方式	備註
1	心理學	2	2	36	遠距教學	含五次到校面授時間
2	資訊素養※	2	2	36	遠距教學	含五次到校面授時間
3	眼球生理學	2	2	36	實體教學	
4	鏡片光學	2	2	36	實體教學	
5	視光流行文化	2	2	36	實體教學	
6	視光學(一)	2	2	36	實體教學	
7	配鏡學(一)	2	2	36	實體教學	
8	視光學實驗(一)	1	2	36	實體教學	實作(實驗)課程
9	配鏡學實驗(一)	1	2	36	實體教學	實作(實驗)課程
合計		16	18	324		

七、開班日期：109 年 9 月 7 日起。

八、上課時間：109 年 9 月 7 日至 110 年 1 月 18 日，共計 18 週。

九、上課地點：馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校關渡校區。

十、師資：視光學科保有修改課程科目修習學分之權利，師資將依最後公告課表為主。

序號	姓名	職稱	所屬單位	原任教科目	專(兼)任	合格教師證書字號	擔任推廣科目及時數
1	曾廣文	副教授	馬偕醫學院醫學系	眼球生理學	兼任	副字第 042248 號	眼球生理學/2 學時
2	陳永瑞	助理教授	馬偕專校通識教育中心	資訊	專任	助理字第 030916 號	資訊素養/4 學時
3	劉台雲	助理教授	馬偕專校通識教育中心	心理學	專任	諮心字第 000287 號	心理學/4 學時
4	吳昭漢	講師	馬偕專校視光學科	視光學 鏡片光學	專任	講字第 145203 號	視光學(一)/2 學時 鏡片光學/2 學時
5	尤振宇	講師	馬偕專校視光學科	配鏡學 配鏡學 實驗	專任	講字第 145204 號	配鏡學(一)/2 學時 配鏡學實驗(一)/2 學時
6	郭奕萱	講師	馬偕專校視光學科	視光學 眼球生理學	專任	講字第 146015 號	視光學(一)/2 學時 眼球生理學/2 學時 視光學實驗(一)/2 學時
7	林銘偉	講師	馬偕專校視光學科	視光學 鏡片光學	專任	講字第 145203 號	鏡片光學/2 學時 視光學實驗(一)/2 學時
8	吳文陽	講師級專業及技術教師	馬偕專校視光學科	配鏡學	兼任	馬專證字 1082213 0034 號	配鏡學(一)/2 學時
9	許洸豪		馬偕專校視光學科	配鏡學	兼任	馬專證字 1082213 0035 號	配鏡學實驗(一)/2 學時 視光流行文化/4 學時

十一、設備：關渡校區:B21、B22 教室、視光學專業實驗教室(依公告為準)。

十二、收費標準：24,220 元/人。(不含書籍費用)

包含：1,340 元/學時×18 學時=24,120 報名費：100 元。

十三、繳費方式：

匯款帳號：

銀行：永豐銀行—竹圍分行 代號：807-1963

帳號：184-004-0000500-9

戶名：馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校

※提醒需要開立公司發票者匯款人請填寫公司全名，匯款收據影印本請檢附在附表二。

#### 十四、報名方式：

1. 符合報名資格者，請匯款後填寫報名資料表(附表一)：貼兩吋相片一張與身份證正反面。  
影本。
2. 詳閱相關退費辦法後簽名(附表二)：檢附學員本人帳戶，繳款收據及學歷證明(均檢附影印本即可)。
3. 將上述附表一至附表二依序放入 A4 信封袋中，信封封面(附表三)貼上，以掛號郵件寄回本校推廣教育組，收到報名表將 E-MAIL 通知。
4. 本校依郵戳為憑，進行錄取排序，報名至 109 年 8 月 31 日額滿截止。

#### 十五、修讀學分：16 學分。

#### 十六、其它注意事項

1. 校內各項訊息都以電子郵件(E-mail)方式寄發，務必確認填寫電子信箱正確性，並隨時留意各項通知。
2. 學分班不具有學籍，上課時數未達本學期課程 1/3 者成績不予計分。
3. 成績合格者(60 分)，本校發給學分證明書。
4. 所有課程上課採點名制，請假須依本校相關規定辦理。
5. 上課學員需遵守本校規定，嚴重違反規定者，取消就讀資格。
6. 本校(視光學科)保有修改課程科目及學分數之權利。

附表一、報名表

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校  
109 學年度第 1 學期視光學科推廣教育學分班報名表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	黏貼 1 張 彩色照片 (製作學員證使用)	
身分證號碼					
出生年月日	民國	年	月		日
電子郵件信箱 E-MAIL					
連絡電話	(手機)	(宅)			
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地(勾選本項後可免填) <input type="checkbox"/> 其他:				
緊急聯絡人		電話			
服務機關	名稱		職稱		
	電話	分機	每週希望上課時間(請勾選)	<input type="checkbox"/> 週四 A 班 <input type="checkbox"/> 週五 B 班	
<p style="color: red;">每週實體課程可選擇於週四或週五上課，若該班已額滿則由本校安排，不得異議。</p>					
學歷	<input type="checkbox"/> 高中、職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 大學以上 <input type="checkbox"/> 其它:		畢業學校名稱		
身分證影本	(正面) 請自行黏貼-需影印清楚		(反面) 請自行黏貼-需影印清楚		

## 附表二

### 一、我已詳閱並瞭解下列事項，願意遵守相關規定:

1. 校內各項訊息(含成績公告)都將以電子郵件(E-mail)方式寄發，請確認填寫電子信箱之正確性，並隨時留意各項通知。
2. 學分班學員不具有學籍，上課時數未達本學期課程 1/3 者，成績不予計分。
3. 成績合格者 ( 60 分 )，本校發給學分證明書。
4. 所有課程上課採點名制，請假須依本校相關規定辦理。
5. 上課學員需遵守本校規定，嚴重違反規定者，取消就讀資格。
6. 本校(視光學科)保有修改課程科目及學分數之權利。
7. 依據「專科以上學校推廣教育實施辦法」第十七條第一款之退費規定，本學分班學員自報名繳費後至開班上課日前申請退費者，僅退還已繳學(時)費之九成。自開班上課之日起算未逾全期三分之一申請退費者，僅退還已繳學(時)費之半數。開班上課時間已逾全期三分之一始申請退費者，不予退還。學校因故未能開班上課，則退還學員已繳之全部費用(包含學(時)費及報名費)，計算金額如下列。

### 申請退費金額計算如下

1. 報名繳費後至開班上課日前申請退費者  $24,220-100=24,120*0.9=21,708$ 元
2. 開班上課之日起算未逾全期三分之一申請退費者  $24,220-100=24,120*0.5=12,060$ 元
3. 開班上課時間已逾全期三分之一始申請退費者，不予退還。

以上資訊已詳讀，報名人：\_\_\_\_\_ (親筆簽名)

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 二、檢附附件：一共3份資料，請依序檢附在本張後面即可，不必黏貼。

1. 學員本人帳戶影印本
2. 繳款收據影印本或正本
3. 檢附學歷證明影印本

**附表三**、郵寄信封封面

寄件人：  
地 址：  
聯絡電話：

**112 台北市北投區關渡里聖景路92號**

**馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校**

**(1091視光學科學分班-報名表)**

**技術合作處推廣教育組 收**

請確認附件清單

附表一、報名表

附件二、已簽名並檢附 3 樣附件