**智慧康复体验申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请单位** |  | **申请体验类型 (二选一)** | □**听障** □**智障** |
| **单位性质** | □**高校** □**特校**  □**民政福利院** □**医院**  □**残联康复中心** □**其他 \_** | **现有康复教师** | **名** |
| **单位地址** |  | **现有学生** | **名** |
| **单位负责人** |  | **联系方式** |  |
| **体验申请人** |  | **联系方式** | **电话：** |
| **QQ:** |
| **获取体验信息的渠道** | □**会议** □**培训班** □**参观** □**销售** □**其他** | | |
| **康复师是否接受过康复技能及设备培训** | □**是** □**否**  **培训班名称及参加时间：** | | |
| **单位内泰亿格**  **设备配置情况** | **有无泰亿格设备** | □**有** □**无** | |
| **设备是否正常工作** | □**有** □**无** | |
| **有哪些设备** |  | |
| **单位内康复师**  **设备使用情况** | □**可以熟练使用评估软件** □**可以熟练使用训练软件** □**不会使用任何软件** □**其他：** | | |
| **单位内网络情况** | **是否有网络环境** | □**是** □**否** | |
| **网络供应商** | □**电信** □**联通** □**移动** | |
| **带宽** | □**10M** □**20M** □**其他** | |

**申请时间： 年 月 日**

**备注：请申请体验单位根据情况填写，盖章后扫描，将扫描件发送至邮箱：**[**tigerjsb@tigerdrs.com**](mailto:tigerjsb@tigerdrs.com) **欢迎加入智慧康复体验交流群: qq: 276567185。**