**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** **欢迎加入智慧康复体验交流群: qq: 276567185。**