

育賢學校  
2025-2026 學年校本言語治療服務書面報價  
書面報價表

**填表須知**

- 服務供應商請自行申報以下各項。
- 請注意：此「書面報價表」由學校制定，並由服務供應商自行填寫，並將作為日後簽訂商業合約的基礎部分；學校將依據「書面報價表」，監察服務供應商所提供之服務。

**I. 投標人資料**

公司名稱：			
負責人：		職位：	
通訊地址：			
聯絡電話：	(公 司)	(手 提)	
辦公室地址：			
商業登記號 碼：		傳真號 碼：	

**II. 服務供應商所提供的言語治療師資料**

姓名：	
學歷：	
工作經驗：	

## III. 學生言語治療服務報價

工作時間：	由 上午 8 時 30 分 至 下午 4 時 30 分
工作內容：	詳見報價要求 (附件 1)
服務收費：	每小時：\$ _____ / 每日：\$ _____
服務時數：	逢星期 _____ 每次駐校時間 _____ 小時 (上午 _____ 至 下午 _____)

## 公司及負責人資料 (請以正楷填寫)

公司名稱：			
負責人姓名：		職銜：	
電話：		傳真：	

本人已細閱上述填表須知，並清楚明白日後若獲 **育賢學校** 委聘為校本言語治療服務供應商，此自行填報「書面報價表」內所載所有內容及報價要求(附件 1)內的「學校對校本言語治療服務要求」及「言語治療師的資歷及要求」，將作為簽訂商業合約的基礎部分，本公司於合約期內必須切實履行。

負責人簽署： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_