



基督教家庭服務中心
Christian Family Service Centre



青少年精神健康推廣及治療中心
Centre for Adolescent Mental Health Prevention and Intervention

「心戰」中的青少年——思覺失調跨專業研討會

報名表格

聯絡人姓名：_____ (英文) _____ (中文) 性別：_____

機構/單位名稱：_____

通訊地址：_____ 傳真：_____

電話：_____ (手提) _____ (公司) 電郵地址：_____

職業：☐ 社工 ☐ 教師 ☐ 臨床心理學家 ☐ 醫護專業人員 ☐ 學生(社工/教師/其他 _____)

☐ 其他參加者 _____

姓名		職業	費用
中文	英文		
			\$50
			\$50
			\$50
			\$50
		總數：	

費用：每位\$50

支票號碼：_____ 銀行：_____

備註：

- ◆ 請填妥報名表格，連同劃線支票寄到將軍澳翠林邨康林樓地下 - 青少年精神健康推廣及治療中心，抬頭填寫「基督教家庭服務中心」。
- ◆ 接受先透過傳真致 2706-5776 或電郵到 cy_chan@cfsc.org.hk 遞交報名表格留位，後補寄支票，支票背後請註明聯絡人姓名及機構。
- ◆ 確認信將透過電郵寄出。
- ◆ 除活動取消或額滿外，將一概不獲退款。
- ◆ 如遇上八號強風信號或黑色暴雨警告信號，活動將會取消，而有關活動之日後安排，將透過電郵通知參加者。

職員專用

日期：_____ 收據編號：_____ 備註：_____

查詢電話：2706-5262 傳真：2706-5776 電郵：cy_chan@cfsc.org.hk