

香港耀能协会

中国康复人员培训计划

第六届「教导自闭症儿童」基础课程报名表格

日期：2013年11月25-29日

课程费用：每人港币4,500元正

住宿费用：每人港币3,000元正（六晚，需与其它参加者共享双人房）

需要协会代安排 不需要协会代安排

学习/住宿津贴： 需要协会提供(请填写学习/住宿津贴申请表) 不需要协会提供

个人数据 (若人数多于一位，可自行复印)

中文姓名：_____ 性别：男 / 女 (请删去不适用者)

中心通讯：_____

电话号码：_____ / _____ / _____

(住宅)

(办公室)

(手提)

电邮地址：_____ 传真号码：_____

职业及职衔：_____ 所属机构名称：_____

机构服务性质： 特殊教育机构 复康中心/疗养院 残障儿童住宿院舍

残障儿童孤儿院/福利院 其它：_____

机构背景/所属部门： 民政部 残联 民办：_____ (列明团体名称)

其它：_____

服务对象中自闭症儿童人数：_____ (男) _____ (女) 年龄范围：_____

教育自闭症儿童经验： 有 _____ 年 无

参加者报读是次课程的主要目的：

参加者期望从课程中获得甚么？

申请人签署

日期

(请寄回/传真至香港耀能协会总办事处。传真号码：(852)- 2866-3727)

香港耀能协会
中国康复人员培训计划

学习/住宿津贴申请表(请填上所需的项目): 学习津贴 住宿津贴)

课程：第六届「教导自闭症儿童」基础课程

日期：2013年11月25-29日

个人数据 (若人数多于一位, 可自行复印)

中文姓名: _____ 性别: 男 / 女 (请删去不适用者)

中心通讯: _____

电话号码 _____ / _____ / _____

(住宅)

(办公室)

(手提)

电邮地址: _____ 传真号码: _____

职业及职衔: _____ 所属机构名称: _____

机构服务性质: 特殊教育机构 复康中心 / 疗养院 残障儿童住宿院舍

残障儿童孤儿院 / 福利院 其它: _____

机构背景/所属部门: 民政部 残联 民办: _____ (列明团体名称)

其它: _____

服务对象中自闭症儿童人数: _____ (男) _____ (女) 年龄范围: _____

教育自闭症儿童经验: 有 _____ 年 无

申请学习/住宿津贴的理由:

本会 _____ 承诺若成功申请学习/住宿津贴, 于受训后一年内向香港耀能协会汇报中心予自闭症儿童施行训练质素进展。

报读课程申请人签署

日期

机构/单位主管姓名及签署

机构/单位盖印

请连同报名表格一并寄回/传真至香港耀能协会总办事处传真号码:(852)-2866-3727