



Workshop: Overview of Child and Adolescent Mental Disorders in the DSM 5

報名表格

聯絡人姓名：_____ (英文) _____ (中文)
 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(請註明) _____

姓名		職業	費用	
中文	英文		8/2/17 前報名 或 2人以上同行	8/2/17 後報名
1.			<input type="checkbox"/> 課程(\$800)	<input type="checkbox"/> 課程(\$1,000)
2.			<input type="checkbox"/> 課程(\$800)	<input type="checkbox"/> 課程(\$1,000)
3.			<input type="checkbox"/> 課程(\$800)	<input type="checkbox"/> 課程(\$1,000)
4.			<input type="checkbox"/> 課程(\$800)	<input type="checkbox"/> 課程(\$1,000)
			總數：\$ _____	

支票號碼：_____ 銀行：_____
 收據抬頭 (請註明)：_____

備註：

- ◆ 請填妥報名表格，連同劃線支票，抬頭填寫「基督教家庭服務中心」郵寄到 將軍澳翠林村康林樓地下予周姑娘，封面請註明「參與專業培訓」。
- ◆ 接受先透過傳真致 2706 5776 或電郵到 ym@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聯絡電話。
- ◆ 所有申請會以交妥報名表格及支票為實，確認信將透過電郵寄出。
- ◆ 除活動取消或額滿外，報名費用將一概不獲退款。
- ◆ 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：ym@cfsc.org.hk