

天行家人心靈互動協會
「心之療癒室」
報名及轉介表

第一部分：

機構資料

機構名稱： _____
中心名稱： _____
服務類型： _____
負責同工： _____ (中文) _____ (英文)
職 位： _____
聯絡電話： _____
電 郵： _____

第二部分：

轉介者一

簡 稱： _____
年 齡： _____
性 別： _____
照顧對象： _____

請簡述正面對處境：

轉介者二

簡 稱： _____
年 齡： _____
性 別： _____
照顧對象： _____

請簡述正面對處境：

如多於兩名轉介者，歡迎自行複印此表格填寫。

機構負責人

簽 署： _____ 機構蓋印：

機構負責人

姓 名： _____ 日 期： _____