

## 成人心理診所之輔導服務 (申請表)

Name (姓名): \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Sex: M (男)\_\_\_ F (女)\_\_\_  
(Last) (First) (中文)

Date of Birth (出生日期): (D日)\_\_\_\_ (M月)\_\_\_\_ (Y年)\_\_\_\_ Age(年齡): \_\_\_\_\_

Home Address (住址): \_\_\_\_\_

Home Telephone (住宅電話): \_\_\_\_\_ Mobile Telephone (手提電話): \_\_\_\_\_

Office Address (辦公室地址): \_\_\_\_\_

Office Telephone (辦公室電話): \_\_\_\_\_

E-mail Address (電郵地址): \_\_\_\_\_

Family composition (put \* beside the name of guardian, # beside the name of principal carer) 同住家庭成員 (請在監護人旁加\*, 主要照顧者旁加#)

Name (姓名)	Relationship (關係)	Sex (性別)	Age (年齡)	Occupation (職業)	Education Level (教育程度)

Who suggested this visit? 介紹人 (check one)

( ) Self 本人; ( ) Family 家人; ( ) Friend 朋友; ( ) School 學校 \_\_\_\_\_

( ) Physician 醫生 \_\_\_\_\_; ( ) Other 其他 \_\_\_\_\_

Have you been or are you presently seeing a person or agency which provides psychological or counselling services 你曾否接受心理輔導?

Yes (曾)\_\_\_\_\_ No (否)\_\_\_\_\_

Client signature (簽名): \_\_\_\_\_

**Which centre do you prefer?** Prince Edward/North Point (Please circle one)

請選擇中心地點: 太子/北角 (請圈出其中一個)

**Please pick timeslot(s):** 請選擇時間及可註明時間

	星期一 (Monday)	星期二 (Tuesday)	星期三 (Wednesday)	星期四 (Thursday)	星期五 (Friday)	星期六 (Saturday)	星期日 (Sunday)
上午 (morning)							
下午 (Afternoon)							

申請程序:

1. 請填妥表格及將費用\$700傳入匯豐銀行之戶口582-294153-838。請將表格及銀行

收據電郵至[info@hkpcca.com](mailto:info@hkpcca.com)

或

將表格及支票郵寄至香港北角英皇道338號華懋交易廣場二期1107室。

2. 本會收到表格後，實習輔導師會聯絡申請者安排時間。

3. 如申請者不適合參與此服務，本會將退回全部申請費用。

### ☞ 服務須知 ☜

1 有關當事人的資料和面談內容將全面保密，只有在該當事人（若當事人尚未成年則其父母或監護人）同意之下才會向外發佈，除非內容危害到受助者或他人的人身安全，則屬例外。

2 各項專業服務的治療效果，實有賴當事人與專業人員的共同合作。故本中心不能保證必然達到預期的效果。

3 當事人的責任包括：

(a) 請準時出席，否則該節服務、輔導或治療會因此而相應縮短。

(b) 一節服務、輔導或治療通常為 50 分鐘。

- 4 在輔導的過程中需要進行錄音 / 錄影，資料使用者會嚴守保密的原則，並妥善保存所有資料。錄影片段只作專業督導用途。

本人明白並願意遵守上述各項服務須知

姓名：

簽署：

日期：

---

**☞ 有需要才填寫以下資料 ☞**

為有助服務的效果，本人 \_\_\_\_\_

授權 \_\_\_\_\_ 與 \_\_\_\_\_ 聯絡。

聯絡電話： \_\_\_\_\_

姓名：

簽署：

日期：

## **聯絡我們**

### **辦事處 1**

香港北角英皇道338號華懋交易廣場二期1107室

### **辦事處 2**

太子彌敦道794-802號協成行太子中心6樓608A室

電話: 3483 0101