

關係工作坊 (RW-10) 報名回條

*** 參加者需組成最少二人之小組參與。組員之間可以是親密朋友、配偶、兄弟姊妹、家庭成員或親密伙伴的關係。

家庭小組的成員，須為直系親屬，如父母與子女，兄弟姊妹。

中心專用
小組_____

項目	參加者一	參加者二
姓名	(中文): _____ (英文): _____	(中文): _____ (英文): _____
會員號碼		
性別/年齡/職業	性別: _____ 年齡: _____ 職業: _____	性別: _____ 年齡: _____ 職業: _____
通訊地址		
聯絡方法	手提: _____ 傳真: _____ 電郵地址: _____	手提: _____ 傳真: _____ 電郵地址: _____
沙維雅工作坊經驗 (工作坊名稱/導師/年份/ 總日數)	工作坊名稱: _____ 導師: _____ 年份: _____ 總日數: _____	工作坊名稱: _____ 導師: _____ 年份: _____ 總日數: _____
列印證書英文姓名		
緊急事故聯絡人 (姓名/電話)	姓名: _____ 電話: _____	姓名: _____ 電話: _____
長期病患 (如適用)	病症名稱: _____	病症名稱: _____
	本人有/沒有接受定期治療。本人已接受/未接受專業人員評估本人的身體/精神/心理狀況為適合/不適合參加此課程。(請刪不適用者)	本人有/沒有接受定期治療。本人已接受/未接受專業人員評估本人的身體/精神/心理狀況為適合/不適合參加此課程。(請刪不適用者)

總金額: 港幣\$	支票號碼: _____/_____	簽署: _____	日期: _____
-----------	-------------------	-----------	-----------

聲明:

1. 本人自願向沙維雅中心提供以上的資料，作為中心處理課程報名之用。本人明白除個人資料(私隱)條例所訂明的豁免外，本人有權查閱及更正個人資料。
2. 本人明白是次工作坊乃教育性質而非作治療用途。在過程當中，本人在情緒上可能被觸動。如有需要，本人會尋求輔導或專業協助。
3. 本人明白工作坊過程將被攝錄，作記錄、評估、培訓、出版及讓導師、助教和工作坊參與者日後研習之用。
4. 本人自願提供以上資料，作報讀本課程之用。除個人資料(私隱)條例所訂明的豁免外，本人有權透過書面要求向中心查閱及更正個人資料。

申請人簽署 _____

日期 _____

.....
中心專用

金額: <input type="checkbox"/> \$3,000 <input type="checkbox"/> \$3,500 <input type="checkbox"/> \$3,900	<input type="checkbox"/> \$4,400 <input type="checkbox"/> \$4,900	支票號碼: _____	收據號碼: # T _____	職員: _____	日期: _____	備註: _____
--	--	-------------	-----------------	-----------	-----------	-----------

查詢

香港沙維雅人文發展中心

地址: 佐敦吳松街 191 號突破中心 11 樓

電話: (852) 2336 3121

傳真: (852) 23391296

電郵: office@hksatir.org

網址: www.hksatir.org