**【中国孤独症儿童常模数据研究】发布会暨**

**《知情解意 SCERTS孤独症儿童综合教育模式应用》师资培训讲座**

**2017年3月27日**

**报名表格**

**1. 参加者资料**

姓名： 先生/女士\*

手机： 电邮/QQ/微信：

住址：

教育程度：

其他相关证书/专业资格：

从何获知本课程：

服务孤独症学童经验： □ 没有 □有 (服务年资： 年)

日常主要应用的教学方法： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

曾否参加星亮教室课程： □没有 □有 (课程编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

曾否参加协康会其他课程： □没有 □有 (详情：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**2. 服务单位推荐** (有机构推荐者将获优先考虑)

机构名称： 服务类别：

申请人现时职称： 加入单位日期：

服务单位地址： \_\_\_ \_

(以下部份由申请人之服务单位主管填写及单位盖章)

请勾选 🞏本机构推荐申请人参加此培训课程

|  |  |
| --- | --- |
| 服务单位主管签署： |  |
| 主管姓名： |  |
| 职衔： |  |
| 联络电话： |  |
| 电邮地址： |  |

**声明及承诺**（欲参加本课程者，请务必全部勾选，以示同意）

□ 本人声明上述提供的资料全部属实，如发现有虚假，申请将被取消。

□ 本人明白此乃公益课程，学费及教材一概免费，如获选参加，名额不可转让，必须准时出席，并带备身分证明以供核对，方可进场。

* 本人承诺尊重协康会拥有教材和课程的知识产权，不作复印、照相、录像、录音等侵权行为。

□ 本人同意主办及协办单位使用以上提供的联络资料，跟进学习情况及通知续后培训及相关活动。

申请人签署： 　　签署日期：