

**协康会「星亮教室」 – 孤独症儿童及早干预扶轮社公益培训项目**

**报名表格二**

(适用于报读1605-1609老师培训课程)

**1. 报读课程**

课程编号： 课程名称：

课程编号： 课程名称：

**2. 申請人资料**

姓名： 先生/女士\* (\*请删去不适用者)

手机： 电邮/QQ/微信：

住址：

教育程度：

其他相关证书/专业资格：

**3. 服务单位推荐**

任职单位： 服务类别：

服务单位地址： \_\_\_ \_

加入单位日期： 现时职称：

获单位推荐参加本课程：□是 \*请附上由单位盖章及签署的推荐书(如未提供，申请将不获考虑)

**4. 服务经验**

* 服务自闭症学童经验： □没有 □有 ( 年)
* 曾否参加有关自闭症课程：□没有 □有 (课程名称及主办单位： )
* 如何获知本课程：
* 曾否参加协康会课程： □没有 □有 (详情：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* 曾否接触协康会教材： □没有 □有 (详情：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**5.** 请简要说明现时服务自闭症儿童的情况，遇到的主要困难，及对这个课程的期望。(200字内)

**6. 声明及承诺**（欲參加本課程者，請務必全部勾選，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，名额不可转让，将出席全部课堂，努力学习，并于回到单位后一年内为最少10名儿童进行发展评核及制定个别教育计划，并付诸实行。

* 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：