



協康會
HEEP HONG SOCIETY



遊戲治療服務申請表

請將填妥的表格電郵至 lcds@heephong.org

表格編號 : _____
收表日期 : _____
經手人 : _____

請於適當的□內加上✓號

一、兒童及家長基本資料

兒童姓名(中) : _____ (英) : _____

性別 : 男 女 出生日期 : _____ 年 _____ 月 年齡 : _____ 歲

就讀學校 : _____ (年級 : _____)

家長 / 監護人姓名 : _____ 與兒童關係 : 父 母 其他 _____

聯絡電話 : _____ 聯絡電郵 : _____

通訊地址 : _____

二、兒童狀況簡介

兒童是否曾接受醫生 / 心理學家專業診斷 ?

沒有 有，診斷 : _____ (例如：自閉症、焦慮症、讀寫困難)

提供診斷機構 : _____ 診斷日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

曾經 / 現時接受的服務 / 訓練 / 治療 :

服務類別 / 內容	提供服務的機構名稱	接受服務日期
		至
		至
		至

請簡單描述你申請服務的原因及期望 :

三、申請服務類別 (可選多於一項)

個別遊戲治療 小組遊戲治療 親子遊戲治療

可出席時段 (請在空格內加上✓，可選多於一項)

星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
上午	下午										

四、聲明

協康會嚴格遵守及履行個人資料(私隱)條例之規定，並確保你的個人資料的準確性及安全性。你的個人資料(包括你的姓名、電郵地址)或會被本會用作聯絡通訊、籌款、推廣活動、研究調查及其他通訊及推廣之用途。若你日後不欲收取本會的推廣資訊，請將姓名、聯絡電話及電郵，電郵予本會(lcds@heephong.org)，以安排相關刪除手續。

家長 / 監護人簽署 : _____

申請日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

修訂日期 : 2026 年 1 月 30 日