



香港醫學組織聯會基金
表達藝術治療之兒童心底「畫」工作坊 2017

報名表

(查詢請電 2527 8898 或電郵至 joan.ha@fmshk.org)

參加者資料

姓名 (中文):	姓名 (英文):
性別:	年齡:
年級:	學校名稱:

緊急聯絡人姓名:	與參加者關係:
聯絡電話:	電郵地址:
家長/監護人陪同出席: <input type="checkbox"/> 2017 年 11 月 12 日 (日) <input type="checkbox"/> 2017 年 12 月 17 日 (日)	

負責老師/社工姓名:	聯絡電話:
------------	-------

(註: 成功報名人士將以電郵形式收到確認通知)

請將此報名表連同課程費用(\$300)以支票形式郵寄至
灣仔軒尼詩道 15 號溫莎公爵社會服務大廈 4 樓 香港醫學組織聯會
支票抬頭為"The HKFMS Foundation Ltd."

家長/監護人簽署: _____ 日期: _____