New Life
Psychiatric Rehabilitation Association
新 生 精 神 康 復 會

個案編號：_____ 申請服務日期：_____
填寫職員：_____

賽馬會共融．知行計劃

服務申請表格

申請人姓名：_____(中文) 性別：男 / 女
_____(英文)
出生日期：_____ 年齡：_____ 電郵：_____
手提電話：_____ □WhatsApp 住宅電話：_____
住址：_____
緊急聯絡人姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____
居住狀況：□與家人同住 □自行居住 □於宿舍居住 其他：_____

教育/職業訓練資料：

日期	機構/院校	學歷/資格/班別
由 至		
由 至		

就業情況：

日期	公司名稱	職位	收入
由 至		*(全職/兼職)	
離職原因：			
由 至		*(全職/兼職)	
離職原因：			

知悉服務的渠道:
□醫院/其他專業服務單位 □新生會單位 □朋友介紹 □媒體/網頁 □非政府機構 □其他：_____

你目前的關注或困擾是什麼？_____
_____
你對我們的服務有什麼期望或目標？_____
_____

申請人簽署：_____ 日期：_____
(如申請人為 18 歲以下)
家長/照顧者姓名 ：_____

家長/照顧者簽署 ：_____ 日期：_____