受文人： CAMPcom[ ]Team
傳真號碼： [ ]

社會福利署
兒童及青少年精神健康社區支援計劃
轉介表格

轉介日期：____/_____/_____(日 / 月 / 年)
如何得知我們的服務? ☐講座/工作坊 ☐網頁 ☐宣傳單張 ☐教師/學校職員 ☐學校社工
☐其他機構社工 ☐醫護人員 ☐其他(請註明)：_____

甲、當事人資料

姓名: (中文) _____ (英文) _____
出生日期(日/月/年): ____/____/____ 年齡: _____ 性別: 男 / 女*
身份證號碼 / 出世紙號碼* : _____
就讀學校名稱 : _____ 年級: _____
住址 : _____
聯絡電話號碼 : _____

乙、父母 / 監護人資料

父親姓名 : _____ 聯絡電話號碼 : _____
母親姓名 : _____ 聯絡電話號碼 : _____
監護人姓名 (如適用) : _____ 聯絡電話號碼 : _____
是次轉介是否已取得父母/監護人之同意? : ☐ 是*，本人已於_____(日/月/年)取得_____(當事人父母／監護人*之姓名)的同意，轉介當事人給此計劃的社工跟進

(當轉介當事人給本計劃的社工時，必須先取得當事人父母 / 監護人之同意)

丙、轉介之原因

(如有需要，請另加紙填寫)

_____
_____
_____
_____

丁、備註

_____
_____

戊、轉介人資料

姓名 : _____ (先生/小姐*) 職位 : _____
機構名稱 : _____
貴機構檔案號碼(如適用) : _____
聯絡電話號碼 : _____ 傳真號碼 : _____
簽署 : _____ 日期 : _____

社會福利署內部專用
備註：

** 請刪去不適用者*