

**聖雅各福群會**  
**童心圓 共享親職支援中心**  
**服務轉介表 (非社福團體適用)**

\*請先致電 39213909 與本中心當值社工聯絡後才作轉介。個案可郵寄至新界天水圍天恒邨停車場大樓 B 翼 5 樓或傳真至 31043699 聖雅各福群會童心圓共享親職支援中心高級經理收。

**轉介者資料:**

姓名: \_\_\_\_\_ (中) \_\_\_\_\_ (英)

所屬團體: \_\_\_\_\_ 職位: \_\_\_\_\_

聯絡電話: \_\_\_\_\_ 電郵: \_\_\_\_\_

團體地址: \_\_\_\_\_

轉介已獲當事人\*及/或及另一位父母同意 (\* 刪去不適用者)

**當事人資料:**

姓名: \_\_\_\_\_ (中) \_\_\_\_\_ (英)

性別: 男 / 女 出生日期: \_\_\_\_\_ (年) (月) (日)

電話: \_\_\_\_\_ 電郵: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

當事人為:  同住父母  非同住父母

**所需服務:** (請於合適項目✓, 可✓多項, 並簡述申請原因)

	服務類別	當事人子女資料(姓名/年齡/性別)	備註
<input type="checkbox"/>	督導親子聯繫服務	1. 2. 3. 4.	轉介此 3 項服務者, 必須先獲得 當事人及另一位父母同意
<input type="checkbox"/>	督導交接子女服務		
<input type="checkbox"/>	親職協調服務		
<input type="checkbox"/>	共享親職輔導服務		
<input type="checkbox"/>	共享親職訓練/工作坊		
<input type="checkbox"/>	共享親職諮詢服務		

**轉介原因:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

轉介者簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_