



香港醫學組織聯會基金
兒童音樂治療之童韻和樂工作坊 2019

報名表

查詢: 張小姐 (電話: 2527 8898 / 電郵: sara.cheung@fmshk.org)

甲、參加者資料

姓名 (中文):	姓名 (英文):
性別:	年齡:
就讀學校名稱:	

乙、家長/監護人資料

姓名:	與參加者的關係:
聯絡電話:	電郵地址:
陪同出席(可複選): <input type="checkbox"/> 2019年7月6日(六) <input type="checkbox"/> 2019年8月10日(六)	
緊急聯絡人姓名及手機:	

(註: 本基金將以電郵形式發出報名確認通知及遴選結果)

丙、老師/社工資料

學校/機構名稱:	
負責老師/社工姓名:	聯絡電話:
電郵地址:	

(轉下頁)

丁、補充資料

請簡述參加者正在面對的逆境 (如表格不敷應用，請另紙書寫)：

參加者曾否接受音樂治療？ 是 否

請在此寫下您的留言 (如適用)：

請將填妥之報名表連同港幣\$300 課程費用之劃線支票 (抬頭："The HKFMS Foundation Limited")
郵寄至：香港灣仔軒尼詩道 15 號溫莎公爵社會服務大廈 4 樓 香港醫學組織聯會基金
(出席率達 80%或以上將獲全額退款)

家長/監護人簽署:_____

日期:_____