

香港賽馬會社區資助計劃－生之喜悅家庭探訪計劃

個案轉介表格

致： 防止虐待兒童會

屯門中心協調主任 杜凱琳姑娘

電話： 2450 2244 傳真： 2457 3782

(一) 轉介機構資料

機構名稱： _____

工作人員姓名： _____ 工作人員職位： _____

地 址： _____

電 話： _____ 傳 真： _____

(二) 轉介服務對象資料 (*服務對象必須填寫「家庭報名表格」(HS/F001/08) 及 簽署)

姓 名： _____ 聯絡電話： _____

檔案編號： _____ 接受服務年期： _____

參加此計劃的原因： _____

服務需要類別： 情緒方面 經濟方面 社交方面
 婚姻方面 其他 (請註明： _____)

備 註： _____

轉介工作人員簽署： _____

日 期： _____