

111 年度嘉義縣學生輔導諮商中心

體驗式輔導方案申請表

110 年 8 月初訂

填寫日期： 年 月 日

學校名稱(全銜)：		承辦人職稱及姓名：			
參與人數預計_____位		連絡電話：			
申請對象： <input type="checkbox"/> 一年級學生 <input type="checkbox"/> 二年級學生 <input type="checkbox"/> 三年級學生 <input type="checkbox"/> 四年級學生 <input type="checkbox"/> 五年級學生 <input type="checkbox"/> 六年級學生 <input type="checkbox"/> 七年級學生 <input type="checkbox"/> 八年級學生 <input type="checkbox"/> 九年級學生 <input type="checkbox"/> 校內教師					
主題 類 別	<input type="checkbox"/> 主題一：與情緒共處				
	<input type="checkbox"/> 主題二：認識性發展				
	<input type="checkbox"/> 主題三：反霸凌友善校園				
	主題可複選，將由承辦的專輔人員與校方溝通確認執行主題。				
申請需求：(請簡述主要申請需求，若有特殊事件可簡要註明。)					
期望服務時間：					
第 1 順位：_____年_____月_____日 星期() 時間：_____：_____ ~ _____：_____					
第 2 順位：_____年_____月_____日 星期() 時間：_____：_____ ~ _____：_____					
第 3 順位：_____年_____月_____日 星期() 時間：_____：_____ ~ _____：_____					
學校承辦 人核章		輔導主任 核章		校長 核章	
以下欄位由學生輔導諮商中心填寫					
學諮中心 收表日期		審核情形			
承辦人員 簽章		督導 簽章		主任 簽章	

說明：

1. 本申請表填妥核章完畢後，以掃描電子檔方式寄至 Email：cycounseling@gmail.com，信件主旨為 **00 國小/國中申請體驗式輔導方案**。
2. 學諮中心收到申請表後，會於一周內主動與校方承辦人員連繫後續相關事宜，若逾時未接到來電，請主動致電確認收件事宜。
3. 如有疑問請洽本案承辦人員：黃麗玲諮商心理師、黃宜靜社工師 聯繫電話：05-2949193。