**111年度嘉義縣學生輔導諮商中心**

**附件**

**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：□一年級學生□二年級學生□ 三年級學生□四年學生□五年級學生  □六年級學生□七年級學生□八年級學生□九年級學生□ 校內教師 | | | | | | | |
| 主題類別 | □ 主題一：與情緒共處  □ 主題二：認識性發展  □ 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：[cyccounseling@gmail.com](mailto:cyccounseling@mail.com)，信件主旨為**OO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。