

香港教育学院特殊学习需要与融合教育中心 及 香港自闭症联盟 合办  
中国特殊教育骨干教师培训班(2015)  
(适用自费参加者) 培训班报名表 (表格 N-1)

**预留地区名额截止申请日期：2015年1月10日(星期六)**  
**后补公开截止申请日期：2015年2月14日(星期六)**

填妥本申请表连同 500 字个人简介、报名费银行入账纪录交回 下列课程秘书处：

香港自闭症联盟

联络人：余先生

电话：+86-131 - 8912 - 8454； 传真：(+852)3020 - 6276

电邮：csdtraining@autism.hk

通讯处：香港新界大埔露屏路 10 号 D1-G/F-05, CSENIE

请张贴相片  
或  
以JPEG档  
递交个人相片

**第 1 部：由申请人填写 (请用正楷或电脑填写)**

*\* 请删去不适用项目*

1. 本人现申请：

中国特殊教育骨干教师培训班(2015) (自费参加者名额)

2. 申请人姓名：(必需与旅行证件相同)

\*先生 / 女士

\_\_\_\_\_

(中文姓名)

\_\_\_\_\_

(英文姓名)

居民身份证号码：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

3. 现职学校 / 机构名称：\_\_\_\_\_

入职日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 职称：\_\_\_\_\_

曾经是否来过香港？  是  否

你是否持有有效旅行证件 (护照/往来港澳通行证)  是  否

4. 学校 / 机构地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

邮政编号：\_\_\_\_\_

电话 (办公) \_\_\_\_\_

传真：\_\_\_\_\_

(手机) \_\_\_\_\_

电邮：\_\_\_\_\_

5. 学校学生 / 工作服务对象(可选多项)：

智障  自闭症  脑瘫  聋儿 / 听障

肢体残障  盲人/视障  其他(请注明)\_\_\_\_\_

6. 就职经历 (如空位不足, 可另附白纸填写): (按日期顺序, 由最近期开始填写)

学校 / 机构名称	学校学生 / 工作服务对象	担任职务	服务年期

7. 过去3年内曾否参加海外或内地研讨会/交流团/培训班 (如适用):

研讨会 / 交流团 / 培训班 名称	地点	年份	是否获奖学金 赞助出席活动
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

8. 你认为参加是次培训班对你个人或你所属学校/机构有何帮助? (如空位不足, 可另附白纸填写)

---

9. 请描述你对原居地或现就职所属地区特殊教育/康复训练服务意见? (如空位不足, 可另附白纸填写)

---

10. 如参加者有特殊情况 (肢体残障或特殊膳食要求等), 请列明, 以供大会作特别安排。

(如空位不足, 可另附白纸填写)

肢体残障

素食 / 其他特别饮食要求

自行安排在香港乌溪沙营外住宿, 理由: \_\_\_\_\_

(注意: 参加者如自行安排在大会指定营外住宿, 费用自理。)

11. 你选择来回香港及原居地交通办法 (请在来回程中各选一个答案)

去程 : \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 → 香港 / 深圳\*

由原居地直接到深圳市住宿一晚 (22/3/2015 抵达深圳市指定住宿点)

由原居地直接到深圳指定口岸报到 (23/3/2015 上午08:30时前抵达深圳罗湖口岸)

由原居地直接到香港教育學院 (23/3/2015 上午10: 30时前抵达香港新界露屏路10號)

回程 : 香港 / 深圳\* → \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 (请填上回程终点)

回程由香港经红磡站/深圳及\_\_\_\_\_返回原居地 (29/3/2015离开香港)

回程由香港自行直接返回原居地 (29/3/2015离开香港)

回程29/3/2015离开香港, 估计上午10:00在住宿点解散后, 前往九龙红磡站→罗湖→深圳北站 / 机场 / 长途巴士站, 所需要的交通及深圳过境口岸轮候时间。不会早于下午15:00抵达上述深圳各点, 订购29/3/2015回程班次时间, 请勿选订早于15:00出发的班次。

12. 你是否会提早抵达 深圳 / 香港? (如早于23/3/2015 抵达, 住宿及膳食费用自理)

否

是 → 提早于2015年3月\_\_\_\_日(星期\_\_\_\_) 抵达 深圳 / 香港\*

**注意: 大会不负责提供参加者提早抵达 香港 / 深圳的住宿及膳食安排。**

13. 你是否会延迟离开 香港? (如迟于29/3/2015离开 香港, 留港住宿及膳食费用自理)

否

是 → 于2015年3月\_\_\_\_日(星期\_\_\_\_) 离开 香港

**注意: 大会不负责提供参加者延迟离开 香港的住宿及膳食安排。**

14. 本人内地紧急联络人(直属亲人、家庭成员、学校/机构同事或朋友均可)

姓名: \_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_

手机: \_\_\_\_\_ 电邮: \_\_\_\_\_

#### 15. 申请人声明

本人声明上述所填报资料均为真确无讹, 如有提供虚假声明将被取消申请资格, 本人同意「香港自闭症联盟」运用本申请表的资料作统计及研究用途; 本人清楚明白并愿意承担参加课程后需履行各项相关责任。包括下列:

- a) 在提名截止日期(14-02-2015)前, 提交一份不少于 500 字个人简介;
- b) 全程出席「中国特殊教育骨干教师培训班(2015)」(23-29/3/2015)的行程;
- c) 事前预备工作, 包括: 缴交报名费, 办理来往香港通行证, 及其他相关的责任等;

申请人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

#### 填写及递交课程申请文件及个人简介备忘录:

- |   |                                 |                               |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| a) 填写及签署本申请表 (表格 N-1)                   | <input type="checkbox"/> 电子档    | <input type="checkbox"/> 手写版  |
| b) 递交申请表 (表格 N-1) 个人相片                  | <input type="checkbox"/> 另附JPEG | <input type="checkbox"/> 相片硬照 |
| c) 递交本表格第 2 及 3 部: 推荐及审核表               | <input type="checkbox"/> 电子档    | <input type="checkbox"/> 手写版  |
| e) 填写个人简介首页 (表格 N- 2)                   | <input type="checkbox"/> 电子档    | <input type="checkbox"/> 手写版  |
| f) 递交最少500字个人简介, 请以电子档递交。               | <input type="checkbox"/> 电子档    | <input type="checkbox"/> 手写版  |
| g) 报名费2500元银行入账单: 入账日期: _____ 金额: _____ | <input type="checkbox"/> 电子档    | <input type="checkbox"/> 手写版  |
| h) 是否有另纸填报其他内容                          | <input type="checkbox"/> 电子档    | <input type="checkbox"/> 手写版  |

**第2部: 由申请人所属学校校长 / 机构负责人填写推荐表**

**首輪予留地区名額截止申请日期: 2015年1月10日 (星期六)**

(次輪公开報名可由推荐人在14/2/2015前, 直接电邮交回大会秘书处 [csdtraining@autism.hk](mailto:csdtraining@autism.hk))

1. 推荐申请人\_\_\_\_\_ (申请人正楷姓名) 的理由:

---

---

---

2. 如果你推荐学校/机构内多于一位申请人, 请为各申请人排列优先次序:

- 本人只推荐本校 / 本机构一位申请人。
- 本人 推荐本校 / 本机构合共 \_\_\_\_\_ 位申请人,  
本表格之申请人优先次序为第 \_\_\_\_\_ 名。(例: 第1名为首选, 2为次选)

推荐人签名及蓋学校 / 机构公章:

---

推荐人正楷姓名:

---

推荐人职位:

---

学校 / 机构名称:

---

学校 / 机构地址:

---

---

电邮:

---

电话 (手机/办公):

---

日期:

---

**第3部: 本表由各地区审核机构负责人填写 (适用于预留名额地区)**

**首轮预留地区名额截止申请日期: 2015年1月10日 (星期六)**

**请在下列适用方格内加剔 [V]**

1. 同意申请人\_\_\_\_\_ (申请人正楷姓名)

為本地区 [ ] 长沙市 / [ ] 南昌市 / [ ] 广州市

正取名单 [ ] 首名 / [ ] 次名 / [ ] 第3名 (如适用)

后補名单 [ ] 首名 / [ ] 次名 / [ ] 第3名

**利益申报**

本人现声明并没有因审批与申请人相关的报名, 而收受任何金钱及或物质报酬。申请人亦并非本人/配偶的直系亲属。

审核人签名:

\_\_\_\_\_

审核人正楷姓名:

\_\_\_\_\_

审核人职位:

\_\_\_\_\_

学校 / 机构名称:

\_\_\_\_\_

学校 / 机构地址:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

电邮:

\_\_\_\_\_

电话 (手机/办公):

\_\_\_\_\_

日期:

\_\_\_\_\_

**预留名额地区指定审核机构名单**

长沙市天心区爱弥尔智障儿童康复中心 - 李莉莎主任 [aimier2000@126.com](mailto:aimier2000@126.com)

南昌市: 江西财经大学 - 苗春风老师 [mcf001@126.com](mailto:mcf001@126.com)

广东省残疾人康复协会 - 陈旭红医生 [cxh69@126.com](mailto:cxh69@126.com)