

2012 伯特·海靈格 和 蘇菲·海靈格 新家族系統排列香港工作坊 4月28日至5月2日

負責處理報名的主辦人/協辦單位： Holistic Works Consultancy Ltd. 登記編號： _____
(由主辦單位填寫)

請填寫以下表格，並仔細閱讀附頁之同意書部份及簽署。
收集的個人資料只供此次工作坊參考之用，絕對保密。

姓名(中文) _____ 英文 _____ 男 女

職業 _____ 來自地區 _____

電話(辦公室) _____ (住宅) _____ (手機) _____

電郵: _____ 傳真: _____

通信地址: _____

報名參加之課程：

新家族系統排列工作坊 4月28日至4月30日(三天)

新家族系統排列工作坊和訓練班 4月28日至4月30日，5月1日至5月2日(五天)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

總繳付金額： _____ 繳款日期： _____

請回答以下問題：

如果你曾經患過精神病或嚴重身體疾病，請說明：

如果您現在正接受心理治療師、精神醫生治療，或最近曾經住院，或正在服食精神科藥物，請說明：

如果您有健康問題，包括懷孕、高血壓、心臟病、氣喘、呼吸問題，請說明：

其他任何你認為需要讓主辦單位或導師知道的資料：

2012 伯特·海靈格 和 蘇菲·海靈格
新家族系統排列香港工作坊
4月28日至5月2日

同意書

我瞭解本次工作坊以學習為主。

我瞭解本課程的任何得益，視乎我本人的參與程度而定，並願意承擔完全責任。

我瞭解並同意個案的選擇權屬於導師，並與主辦單位保持合作。

我瞭解並同意我本人有可能成為個案代表，並有自願參與的選擇權。

我瞭解並同意主辦單位於本工作坊期間進行拍攝及錄影，並將之製作成光碟以作銷售用途，藉此令更多人認識系統排列工作或從中學習。

我瞭解並同意我本人有機會被拍攝入鏡頭內，並就此事不能向主辦單位追究責任或要求主辦單位刪除相關之片段。

我同意共同保護課程中所有案主的私隱，在任何情況下，都不會透露案主的身份。

我瞭解並同意主辦單位在任何時候對工作坊的安排作出任何改變以照顧全體參加者的舒適、方便及安全持有最終決定權利。

姓名： _____

簽名： _____ 日期： _____