

展亮技能發展中心 (觀塘) SHINE SKILLS CENTRE (KWUN TONG)



Member of VTC Group
VTC 機構成員

夜間課程申請表 Evening Course Application Form

1. 個人資料 PARTICULARS

英文姓名 中文姓名
 Name in English : _____ Name in Chinese: _____

香港身份證號碼 出生日期 年齡
 H.K.I.D. Card No : _____ Date of Birth : _____ Age : _____

國籍 性別 婚姻狀況
 Nationality : _____ Sex : _____ Marital Status : _____

住址
 Home Address : _____

電話 傳真
 Tel No. : _____ Fax. No. : _____

2. 特殊教育需要 / 殘疾類別 SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS / DISABILITIES

請在適當方格內加上 ✓ 號。 Please tick in the appropriate box .

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 輕度智障
Intellectual disability (Mild) | <input type="checkbox"/> 聽障
Hearing impairment |
| <input type="checkbox"/> 中度智障
Intellectual disability (Moderate) | <input type="checkbox"/> 視障
Visual impairment |
| <input type="checkbox"/> 精神病
Mental illness | <input type="checkbox"/> 器官殘障 / 長期病患
Visceral disability / Chronic illness |
| <input type="checkbox"/> 言語障礙
Speech impairment | <input type="checkbox"/> 特殊學習困難
Specific learning difficulties |
| <input type="checkbox"/> 自閉症
Autism | <input type="checkbox"/> 注意力不足 / 過度活躍症
Attention deficit/Hyperactivity disorder |
| <input type="checkbox"/> 肢體傷殘
Physical disability | |

3. 學歷 DETAILS OF PREVIOUS EDUCATION

日期 Dates		班級 Class	學校名稱或其他學歷 School attended or other educational details
由 From	至 To		

由中心填寫 FOR OFFICIAL USE		
Application No. _____		
SOURCE GROUP	DISABILITY CODE PRI. SEC.	
Results		
Remarks		
申請人最近相片 (三十八毫米 x 五十毫米) Applicant's recent photo 38mm x 50 mm 無申請人近照及簽署 則申請無效 Application not valid without a photo and signature		
本人願意遵守貴中心一切規章 I agree to conform to the regulations of the Centre		
_____ 申請人簽署 Signature of Applicant		
_____ 監護人簽署 Signature of Guardian		
_____ 日期 Date		

4. 以往之就業情況 DETAILS OF PREVIOUS EMPLOYMENT

日期 Dates		職位 Post	公司名稱及地址 Name and Address of Firm
由 From	至 To		

5. 選科 CHOICE OF COURSE

第一選擇 1st Choice : _____

第二選擇 2nd Choice : _____

6. 轉介機構之推薦書 (如適用) RECOMMENDATION OF REFERRING AGENCY (IF APPLICABLE)

轉介機構
Referring Agency : _____

轉介機構檔案號碼
Referring Agency Ref : _____

轉介人姓名
Name of Referring Officer : _____

轉介機構電話號碼
Referring Tel. No. : _____

簡評
Comments : _____

7. 監護人資料 PARTICULARS OF GUARDIAN

姓名
Name : _____

關係
Relationship : _____

職業
Occupation : _____

僱主名稱及地址
Name and address of Employer : _____

電話
Tel No : _____

緊急事故聯絡電話
Tel. No. for Emergency Calls : _____

注意 : 請將填妥之申請表格連同一切有關文件 (如醫療、心理或聽覺等報告) 交回下列地址。

NOTE : The completed application form, together with the relevant documents (e.g. medical, psychological or audiological reports etc.) should be returned to the following address.

展亮技能發展中心 (觀塘)

九龍觀塘道四八七號

電話 : 2270 0900

傳真 : 2357 4042

電郵 : cmkts@vtc.edu.hk

Shine Skills Centre (Kwun Tong)
487, Kwun Tong Road, Kwun Tong, Kowloon

Tel : 2270 0900

Fax : 2357 4042

Email : cmkts@vtc.edu.hk