

接收日期：	轉介編號：
只供職員填寫	

網址 Website : <http://fdcc.tungwahcsd.org>

電話號碼 Tel No.: 2548 0803

傳真號碼 Fax No.: 2884 0299

個案轉介表格 Case Referral Form

案主資料 Client's information

姓名： _____ 性別： _____ 身份證號碼： _____ 只需英文及首三位數字
Only letters and first 3 digits

Name: _____ Gender _____ HKID no.: _____

出生日期： _____ / _____ / _____ (日/月/年) 年齡： _____ 職業： _____

Date of birth: _____ (D/M/Y) Age: _____ Occupation: _____

地址： _____

Address: _____

電話：(手機) _____ (住宅) _____ (公司) _____

Tel.: (Mobile) _____ (Home) _____ (Office) _____

案主同意轉介：
Client's consent : 口頭同意 Verbal consent 書面同意 Written consent

方便聯絡時間：
Available time for contact : _____

個案摘要：
Client's summary: _____

要求服務：
Service requested: _____

備註：
Remarks _____

轉介機構資料 Referrer's Information

機構 / 單位：
Agency / Unit: _____

電話號碼： _____ 傳真號碼： _____

Tel. no.: _____ Fax no.: _____

轉介社工 Referring Worker

簽署：
Signature: _____

姓名：
Name: _____

日期：
Date: _____

聯署者 / 中心主任 Countersign Officer / Service Supervisor

簽署：
Signature: _____

姓名：
Name: _____

日期：
Date: _____