



For Office Use Only 公司專用

Intake: _____

Student No.: _____

Agent Name: _____

劇變™ -- 一項潛能開發之基礎建設鍛鍊

A) 個人資料

| | | | |
|---------|-----|---------|--------|
| 姓名(英文): | | 姓名(中文): | |
| 出生日期: | 年齡: | 性別: | 身份証號碼: |
| 學歷: | | 職業: | |
| 公司名稱: | | 公司電話: | |
| 聯絡電話: | 傳真: | 電郵: | |
| 住址: | | | |

B) 聯絡人資料

* 請填寫兩位得知你參加本課程，並會在你需要時可提供支援的人

| | |
|--------|--------|
| 聯絡人姓名 | 關係 |
| 日間聯絡電話 | 晚間聯絡電話 |
| 聯絡人姓名 | 關係 |
| 日間聯絡電話 | 晚間聯絡電話 |

C) 課程資料來源

如何得知本公司舉辦之課程？

朋友推介 姓名: _____ 聯絡電話: _____
 公司推薦 公司名稱: _____ 聯絡電話: _____

報章/雜誌 _____
 電郵 _____
 郵寄 _____
 其他 _____

D) 參加《劇變》課程的目的

| | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 建立自信，自律性和責任感 | <input type="checkbox"/> 學習有效地與人溝通 | <input type="checkbox"/> 提升管理技巧 |
| <input type="checkbox"/> 改善家庭及人際關係 | <input type="checkbox"/> 訂定自我的目標和路向 | <input type="checkbox"/> 發掘新的潛能 |
| <input type="checkbox"/> 解決生命中存在已久的難題 | <input type="checkbox"/> 在人生中重新定位 | <input type="checkbox"/> 發揮想像力 |
| <input type="checkbox"/> 提高領導才能，學習影響能力 | <input type="checkbox"/> 找尋生命意義 | <input type="checkbox"/> 掌握改變的執行力 |
| <input type="checkbox"/> 提高工作效率 | <input type="checkbox"/> 演講及說服力技巧訓練 | <input type="checkbox"/> 創造團隊向心力 |
| <input type="checkbox"/> 其他 | | |

E) 選擇交通工具

* 如選擇自行駕車，必需填寫車牌號碼以便安排車位；如選擇公共交通工具，可參考「學員上課須知」。

| | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自行駕車 車牌號碼: _____ | <input type="checkbox"/> 俱樂部穿梭巴士 |
| <input type="checkbox"/> 公共交通工具 | |

後頁續
┆┆┆
┆┆┆➔

F) 個人健康資料

* 學員所填寫之個人健康資料，本公司將會保密處理，並不作公開用途。

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. 你每天通常睡多少小時？ | <input type="checkbox"/> 6小時或以下 | <input type="checkbox"/> 6-7小時 | <input type="checkbox"/> 7-8小時 | <input type="checkbox"/> 8-9小時 | <input type="checkbox"/> 9小時或以上 |
| 2. 你有沒有任何身體殘障而可能會妨礙你參加本課程？ | <input type="checkbox"/> 有，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 沒有 | | | | |
| 3. 你是否懷孕？ | <input type="checkbox"/> 是，已懷孕 _____ 個月 <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
| 4. 你曾否患有暈眩、抽搐、癲癇、多次暈到，或傾向精神病、神經系統之疾病？ | <input type="checkbox"/> 曾，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 不曾 | | | | |
| 5. 你是否患有心臟病、血壓高或血壓低等病症？ | <input type="checkbox"/> 是，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
| 6. 你曾否接受精神治療或心理輔導？ | <input type="checkbox"/> 曾，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 不曾 | | | | |
| 7. 你是否正在或曾經服用精神科藥物？ | <input type="checkbox"/> 是，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
| 8. 你曾否因精神問題或困擾而入院治療？ | <input type="checkbox"/> 曾，請說明有關情況，入院及出院日期 _____ <input type="checkbox"/> 不曾 | | | | |
| 9. 你曾否因飲酒、吸毒或濫用藥物而需接受治療或輔導？ | <input type="checkbox"/> 曾，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 不曾 | | | | |

G) 報名手續

- 請填妥本表格及「自我評估問卷」，連同劃線支票(抬頭：喂我實現工程有限公司)寄回香港銅鑼灣希慎道8號裕景商業中心2樓；
- 或可選擇銀行過戶(帳戶號碼：HSBC 047-470034-001)，將入數收據寄回本公司；
- 或親臨本公司辦理有關報名及繳款(只接受現金或支票)事宜。

H) 學員聲明

- 本人(在下方簽署者)明白到本課程並非心理或精神病之治療，且在課程進行期間會與他人直接及誠實地溝通，可能引起焦慮和不安而導致身體不適，參加者必須體格正常，身心健康，並如實作答(F部份)有關個人健康之問題。
- 本人同意課程進行期間遵守所有訓練守則，包括不飲酒、不吸煙、不服用違禁藥物，並積極參與各項活動，盡力與他人合作。倘若有違反守則，主辦者有權終止本人繼續參與；
- 本人明白課程活動中有機會與他人直接及誠實地溝通，並承諾保障他人私隱；
- 本人明白在課程進行期間，若因有不負責任的行為，而導致自己或他人受傷或財物損失，貴公司及工作人員將不須負上任何責任；
- 本人明白及同意喂我實現工程有限公司將本人申請表內所提供的資料作為甄選申請人的依據、安排註冊入學及其他有關課程事宜之用途；
- 本人明白貴公司保留取消本課程之權利。如課程額滿或取消，將獲另行通知；
- 本人明白貴公司有權保留或終止學員參加本課程的資格；
- 本人聲明以上填報之資料真確無訛，並為事實之全部。本人同意使用本人/申請人之個人資料，作為行政、課程籌劃及緊急事故之安排。

Signature 簽署： _____

Date 日期： _____