



接收日期	轉介編號
只供職員填寫	

個案轉介表格

轉介機構資料		
轉介機構/學校/單位：		
聯絡人姓名：		職位：
電話：	電郵：	其他：
備註(如有需要)：		
轉介社工		中心主任/批核人
簽署：		簽署：
姓名：		姓名：
職位：		職位：
日期：		日期：

(只供職員填寫)	
致：	_____ (單位：_____)
	協會已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 收到閣下之個案轉介表格，
為	_____ (申請者姓名)申請服務，經審核後，
<input type="checkbox"/>	申請已被接納。
<input type="checkbox"/>	由於 _____ 之故， 協會未能提供服務，特此通知。
<input type="checkbox"/>	由於 _____ 之故， 協會已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 經申請者同意， 將申請轉介至 _____ 。

職員：
日期：



接收日期	轉介編號
只供職員填寫	

個案資料					
案主同意轉介： <input type="checkbox"/> 口頭同意 <input type="checkbox"/> 書面同意 (請附上)					
機構個案編號：					
轉介個案姓名：				性別：	
年齡：		學校：		級別：	
地址：					
聯絡人：			電話：		
個案家庭資料：					
姓名	性別	關係	是否同住	電話(如有)	備註
主要照顧者：					
曾否接受過評估服務？如有，請備註。 有 / 沒有					
備註： _____ _____					
申請原因：					
個案摘要：					
轉介工作人員初步評估：					
現已接受服務：					
要求服務：					
備註：					