

## 屏東縣政府衛生局心理諮商申請表

姓名		聯絡電話	
居住鄉鎮			
性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生日期	_____歲
族群	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民		
身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 身障，障別_____ <input type="checkbox"/> 其他_____		
職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軍公教 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請填寫)		
本次主要諮商事項	<input type="checkbox"/> 婚姻問題 <input type="checkbox"/> 親子問題 <input type="checkbox"/> 情感問題 <input type="checkbox"/> 生涯規劃 <input type="checkbox"/> 人際問題 <input type="checkbox"/> 疾病問題 <input type="checkbox"/> 其他_____		
資訊來源	<input type="checkbox"/> 網路資訊 <input type="checkbox"/> 媒體宣導 <input type="checkbox"/> 專業人員轉介 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____		
備註			
傳真專線： <u>08-7384225</u> 填表日期：____年____月____日 *傳真後請來電確認 <u>08-7370123</u> 邱小姐			