

自閉症人士相關到訪培訓及諮詢服務申請表

機構：_____

單位名稱：_____

聯絡人姓名：_____ 職位：_____

聯絡電話：_____ 電郵：_____

請在下列方格內 表示 (可多於一項)：

到訪培訓活動 (預計參與人數：_____)

單位服務對象	青少年/成人	兒童
走進他們的世界*	<input type="checkbox"/> 自閉症認識及理解+個案討論 <input type="checkbox"/> 如何識別青少年/成年人自閉症人士	<input type="checkbox"/> 認識早期自閉症徵狀+個案討論
情緒及行為單元	<input type="checkbox"/> 了解自閉症人士的精神健康狀況 <input type="checkbox"/> 擬定處理偏差行為的計劃 <input type="checkbox"/> 環境調節及視覺策略的應用 <input type="checkbox"/> 自閉症人士性教育	<input type="checkbox"/> 有效建立正向行為及情緒的獎賞制度 <input type="checkbox"/> 如何協助自閉症兒童認識及表達情緒 <input type="checkbox"/> 協助自閉症兒童處理欺凌
社交溝通單元	<input type="checkbox"/> 建立輔助 / 替代溝通系統 <input type="checkbox"/> 如何編寫社交故事	<input type="checkbox"/> 提升自閉症兒童的溝通動機 <input type="checkbox"/> 提升自閉症兒童社交遊戲技巧
	<input type="checkbox"/> 情理行實況社交能力訓練介紹 <input type="checkbox"/> 如何運用桌上遊戲作社交訓練 <input type="checkbox"/> 自閉症人士就業支援及訓練	
感覺統合單元	<input type="checkbox"/> 感覺訊息處理及調節策略	
家長單元	<input type="checkbox"/> 「觀·賞·情·行」家長訓練	<input type="checkbox"/> 初診自閉症兒童的家長支援工作
其他	<input type="checkbox"/> _____ (請註明)	

建議日子及時間(每個工作坊的時間為最少兩小時)：(請填寫最少兩個時段)

到訪諮詢服務 (預計參與人數：_____)

預計諮詢自閉症個案數目：_____

期望到訪單位密度：約_____星期 / 月一次，每次約_____小時(每節最少一小時)

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
上午						
下午						

請選擇方便到訪實地觀察及諮詢的時段：_____

預計諮詢範圍

<input type="checkbox"/> 情緒及行為處理	<input type="checkbox"/> 感覺訊息處理及調節策略	<input type="checkbox"/> 校園/職場生活適應
<input type="checkbox"/> 日常生活功能	<input type="checkbox"/> 社交及溝通訓練	<input type="checkbox"/> 實證為本的介入應用
<input type="checkbox"/> 其他：_____ (請註明)		

