附件三

**嘉義市政府教師諮商輔導支持服務**

**【團體諮商或工作坊申請表】**

填寫日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 服　務　學　校 | |  | 職　稱 |  |
| 聯　絡  電　話 | (公) (私) （手機） | | | | | |
| 電　子  信　箱 |  | | | | | |
| 申　請  類　別 | **□**團體諮商(請於議題概述說明)  **□**心理危機介入  **□**工作坊:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 人 數 |  | | | | | |
| 議題  類型  (請勾選) | □教學困擾 □輔導管教策略諮詢 □工作壓力 □師生衝突 □親師衝突 □人際困擾 □職涯困擾 □哀傷失落 □家庭/婚姻/親子情緒困擾  □伴侶情感 □情緒困擾 □其他(請註明) | | | | | |
| 議題概述/  需 求 |  | | | | | |
| 期待晤談地點： □ 嘉義大學家庭與社區諮商中心(嘉義市林森東路151號)   * 原服務學校 * 專業輔導人員之執業場所   期待晤談時間**：**1.星期 時段 ： 2.星期 時段 ： 其他： | | | | | | |
| 申請人 簽　章 |  | | | | | |
| **（以下由家諮中心填寫）** | | | | | | |
| 收　案  日　期 |  | 處　理  情　形 |  | | **派 案 情 況** | |
| 本中心  人員 | 姓名： |
| 轉介服務  (專業人員) |  |

說明：

1**.**收案後，由本中心承辦人員初步連繫評估服務需求與開案。

2.嘉義大學家庭與社區諮商中心電話：05-2732439。