



香港園藝治療協會

Hong Kong Association of Therapeutic Horticulture

會員申請表

會員編號：_____

會員姓名：(中文) _____ (英文) _____

性別：_____ 職業：_____

年齡：20歲或以下 21歲至35歲 35歲至50歲 51歲或以上

學歷：中學 文憑 高級文憑/副學士 學士學位 碩士 其他_____

修讀學科：_____ 電郵：_____

聯絡電話：(日間)_____ (夜間)_____ 手提電話：_____

地址：_____

香港 九龍 新界

入會期望：_____

曾否參與園藝治療課程：沒有 曾經(請註明：聖雅各福群會 其他：_____)

是否願意參與本會推廣園藝治療之義務工作：願意 不願意

個人才能：網頁製作 設計 攝影 園藝 翻譯(語言____) 其他：_____

語文能力：普通話 英語 日文 韓文 其他方言：_____

從何處得知本會：課程 報章/雜誌 電視/電台 親友 其他_____

聲明：本人明白所填報予香港園藝治療協會之資料乃用作協會內部存檔及聯絡之用，並屬正確無誤。

會員簽署：_____ 日期：_____

會員年費 \$100 (現金 支票 (號碼：_____ 銀行名稱：_____) 存入戶口 未繳交
其他贊助捐款：\$_____以協助 香港園藝治療協會推廣及發展園藝治療活動。

"款項如存入本會銀行戶口，請將存根附姓名後傳真或寄回本會。本會銀行戶口資料：恒生銀行賬號：
357-464528-001 Hong Kong Association of Therapeutic Horticulture Limited 香港園藝治療協會有限公司"

園藝治療實習生/實習助理服務協議 (如申請成為實習生/實習助理，請填寫及簽署)

本人_____申請成為園藝治療實習生/實習助理，並同意 / 不同意 (刪除不適用者)：

1. 在實習過程中，擔當一個園藝治療專業角色，並積極主動學習。
2. 遵守實習機構的政策和行政程序。
3. 與實習生/實習助理、實習機構和督導緊密合作。
4. 成功完成園藝治療實習任務，遞交實習機構和督導相關報告和文件記錄。

申請者簽署：_____ 日期：_____

郵寄地址：香港新界荃灣沙咀道 362 號全發商業大廈 17 樓 1715 室

電郵：info@hkath.org 電話：(852)3690-1621 傳真：(852)3690-1622