

轉銜學生基本資料通報表

原就讀學校：

通報日期

身分證字號或 統一證號*			
學生姓名*			
原就讀班級*	學院	科/系/所/組/學位學程	年級 班
性別*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		
出生年月日*	民國	年	月 日
緊急聯絡人*	姓名		
	與學生關係		
	聯絡電話		
監護人*	<input type="checkbox"/> 同緊急聯絡人		
	<input type="checkbox"/> 通報當日學生已年滿20歲		
	姓名		
	與學生關係		
輔導業務聯繫 窗口*	姓名		
	職稱/身分 (擇一)	<input type="checkbox"/> 輔導主任/組長	
		<input type="checkbox"/> 輔導教師	
		<input type="checkbox"/> 專業輔導人員/心理師	
		<input type="checkbox"/> 專業輔導人員/社工師	
		<input type="checkbox"/> 個案管理員	
聯絡電話			
電子信箱			
過去輔導服務* (請勾選；可單 選或複選)	<input type="checkbox"/> 介入性輔導(二級輔導) <input type="checkbox"/> 處遇性輔導(三級輔導) <input type="checkbox"/> 危機事件之輔導處遇 <input type="checkbox"/> 其他(請說明：_____)		
未來可能的輔 導需求* (至多擇三項)	<input type="checkbox"/> 學習適應輔導需求 <input type="checkbox"/> 行為適應輔導需求 <input type="checkbox"/> 人際適應輔導需求 <input type="checkbox"/> 情緒調適輔導需求 <input type="checkbox"/> 連結校外資源之協助 <input type="checkbox"/> 生活與經濟協助之提供 <input type="checkbox"/> 中輟危機之預防 <input type="checkbox"/> 自傷或自殺危機之預防 <input type="checkbox"/> 精神或心理疾病復發之預防 <input type="checkbox"/> 親密關係暴力危機之預防 <input type="checkbox"/> 其他重要輔導需求(請說明：_____)		
已告知轉銜輔 導相關措施後*	當事人	<input type="checkbox"/> 同意未來就讀學校提供轉銜輔導及服務	
		<input type="checkbox"/> 不同意未來就讀學校提供轉銜輔導及服務	
	法定代理人 (學生滿20歲 ,免勾選)	<input type="checkbox"/> 同意未來就讀學校提供轉銜輔導及服務	
		<input type="checkbox"/> 不同意未來就讀學校提供轉銜輔導及服務	
升(轉)入學校：			

填表人

輔導(處)室

學務處

教務處

校長