



香港催眠醫師及心理治療師公會
Hong Kong Guild of Hypnoterapists and Psychotherapists

http://www.hkghp.org info@hkghp.org P.O. Box 35469 King's Road Post Office Hong Kong

香港催眠治療師考試局
香港催眠治療師水平公開試

催眠治療師水平公開試表格

姓名：(中文) _____ (英文) _____
性別：男 / 女 年齡：_____ 出生日期：(年/月/日) _____
出生地點：_____ 婚姻狀況：_____
聯絡電話：_____ 手提電話：_____
電子郵箱：_____
住宅地址：_____
學歷：(學校, 科目) _____
職業：(公司, 職位) _____

(如曾經修讀催眠有關課程，請填以下資料)

相關課程機構名稱：_____

課程名稱：_____ 導師姓名：_____

課程年期：_____ 您完成該課程後所取資格：_____

除以上相關課程所取資格外的其它有關認可資格 (課程, 屬會, 學歷等)

你曾否經香港或香港以外的法判定有罪 是 / 否

如經判定有罪 請列明詳情：_____

姓名

簽名

日期

本人充分了解並同意遵守所有“香港催眠醫師及心理治療師公會”之規定及守則。本人在此聲明以上所填寫的資料是真實無誤。

提交報名表後，如欲更改或查詢個人資料的有關事宜，請與我們聯絡。