**守护者心理援助计划服务申请表**

**支持对象：**心智障碍者家长、家庭、社会工作者等。

**申请要求：**持有CIEN授权编码的就业服务组织可申请，每个授权编码可以申请两人名额。

回执单请在2016年12月25日之前发送至adi@ablechina.org，项目组在收到报名申请表后，工作人员向报名者邮箱回复主题为“守护者心理援助计划申请确认函”的邮件视为报名成功。

|  |  |
| --- | --- |
| **机构或组织名称：****（请和CIEN授权编码注册名称保持一致）** |  |
| **机构授权编码：** |  |
| **申请名额：** | [ ]  1人 [ ]  2人 |
| **机构联系人姓名：** |  |
| **机构联系人职位：** |  |
| **联系人电话/手机：** |  |
| **联系E-mail：** |  |

了解更多“守护者心理援助计划”，请[**点击这里**](http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzIyMzI0MjU2NQ==&mid=100000441&idx=1&sn=314d96cfaa5394642353b8190ffafee3&chksm=682072935f57fb859055062a66d42135a6957f398f8b96e7ab5714d81cf215c6a3da006edf76&mpshare=1&scene=1&srcid=1129PUqIuQamqw4Jo5mZqUOq#rd)