



Hong Kong Association of Doctors  
in Clinical Psychology Limited  
香港臨床心理學博士協會有限公司

## 投訴表格

任何人如對香港臨床心理學博士協會的會員作出正式投訴，需要填寫及簽署這份表格。

有關投訴機制，投訴人可參閱香港臨床心理學博士協會網頁內上載的「投訴程序」(Form C1)及「協會規章及專業守則」兩份文件。網頁：[www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)

此表格旨在收集資料，以便香港臨床心理學博士協會專業操守委員會處理你的投訴。你需要在正確方格內劃上「✓」。請注意：協會會向被投訴的心理學家（即答辯人）提供此填寫好的表格的副本（授權表格除外）。

請將填妥的投訴表格及附件郵寄到以下地址：

「香港九龍彌敦道 555 號九龍行 703 室  
香港臨床心理學博士協會  
道德小組委員會主席收」

---

Hong Kong Association of Doctors in Clinical Psychology

Address:  
Rm. 703, Kowloon Building,  
No. 555 Nathan Road, Kowloon  
Hong Kong  
Tel: (852) 52871091

Website: [www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)  
Email: [info@hkadcp.org.hk](mailto:info@hkadcp.org.hk)

## 第一部份:你的資料

1. 你的投訴是否涉及超過一名香港臨床心理學博士協會注冊的心理學家?

(請為每名被投訴的心理學家填寫獨立投訴表格)

否

2. 你在有關投訴事件中的角色?

被投訴的心理學家的案主

其他, 請說明 \_\_\_\_\_

3. 你的姓名?

稱呼: 先生/ 太太/ 小姐/ 女士/ 博士

姓名: \_\_\_\_\_

4. 你的聯絡資料?

郵寄地址: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

電郵地址: \_\_\_\_\_

5. 如需與你對話, 你需要翻譯員嗎?

需要, 語言種類 \_\_\_\_\_

不需要

6. 你是否代表被投訴的心理學家(即答辯人)之案主提出這個投訴?

是(請附帶填寫第三部份)

否

## 第二部份: 有關心理學家(即答辯人)

7. 心理學家的資料

稱呼: 先生/ 太太/ 小姐/ 女士/ 博士

姓名: \_\_\_\_\_

---

Hong Kong Association of Doctors in Clinical Psychology

Address:  
Rm. 703, Kowloon Building,  
No. 555 Nathan Road, Kowloon  
Hong Kong  
Tel: (852) 52871091

Website: [www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)  
Email: [info@hkadcp.org.hk](mailto:info@hkadcp.org.hk)

香港臨床心理學博士協會註冊編號(如知道): \_\_\_\_\_

8. 心理學家的聯絡資料?

郵寄地址: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

電郵地址: \_\_\_\_\_

**第三部份: 有關案主**

9. 你有否獲得案主的同意/確認下作出這個投訴?

有  無

(注意:雖然你可以在沒有獲得案主的同意/確認下提出投訴,你仍然應該知會案主有關你作出投訴的行動,並邀請案主適當填寫連同投訴表格的授權表格一或表格二。)

10. 案主的姓名?

稱呼: 先生/ 太太/ 小姐/ 女士/ 博士

姓名: \_\_\_\_\_

11. 案主的聯絡資料?

郵寄地址: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

電郵地址: \_\_\_\_\_

12. 如需要與案主對話,他/她需要翻譯員嗎?

需要, 語言種類 \_\_\_\_\_

不需要

---

Hong Kong Association of Doctors in Clinical Psychology

Address:  
Rm. 703, Kowloon Building,  
No. 555 Nathan Road, Kowloon  
Hong Kong  
Tel: (852) 52871091

Website: [www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)  
Email: [info@hkadcp.org.hk](mailto:info@hkadcp.org.hk)

**第四部份：事件詳情及/或你的關注**

- 13 請提供事件發生詳情及/或你的關注，包括地點、日期、時間，以及所有證人的姓名和聯絡資料等。

*(如有需要，請附加紙張，並在每頁填寫上訴人姓名)*

---

Hong Kong Association of Doctors in Clinical Psychology

Address:  
Rm. 703, Kowloon Building,  
No. 555 Nathan Road, Kowloon  
Hong Kong  
Tel: (852) 52871091

Website: [www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)  
Email: [info@hkadcp.org.hk](mailto:info@hkadcp.org.hk)

14. 就有關事件，你有否任何文件支持作出的投訴？

有 (請提交所有可支持投訴的有關文件)

15. 你曾否與該名心理學家討論過你對上述事件的關注？

有無



(請提供資料，包括討論的日期和結果)

---

---

---

---

16. 你有否將上述事情向其他機構作出了投訴？

有 無



(請提供機構名稱: \_\_\_\_\_  
投訴日期: \_\_\_\_\_)

17. 你對作出的投訴有什麼期望？

---

---

---

---

### **第五部份：授權簽署**

請你在簽署表格前，確保提供的資料正確無誤；並細閱以下條文。沒有填妥好的表格或會阻延本會處理你的投訴。

投訴人作的授權：

- 本人要求香港臨床心理學博士協會調查這個投訴。
- 本人清楚知道香港臨床心理學博士協會會向被投訴的心理學家提供這份投訴表

---

Hong Kong Association of Doctors in Clinical Psychology

Address:  
Rm. 703, Kowloon Building,  
No. 555 Nathan Road, Kowloon  
Hong Kong  
Tel: (852) 52871091

Website: [www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)  
Email: [info@hkadcp.org.hk](mailto:info@hkadcp.org.hk)

格(授權表格除外)和有關附件的影印文本。

投訴人姓名: \_\_\_\_\_ 簽署: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

### **第六部份：授權表格**

18. 你是否案主？

是 (請簽署授權表格一)

否 (請簽署授權表格二)

---

Hong Kong Association of Doctors in Clinical Psychology

Address:  
Rm. 703, Kowloon Building,  
No. 555 Nathan Road, Kowloon  
Hong Kong  
Tel: (852) 52871091

Website: [www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)  
Email: [info@hkadcp.org.hk](mailto:info@hkadcp.org.hk)

## 授權表格一

如果你是案主，請填寫及簽署此表格。

本人 \_\_\_\_\_ (姓名)，香港身份證/身份證/

護照號碼 \_\_\_\_\_，授權香港臨床心理學博士協會進行以

下事宜：

1. 獲取與此投訴有關的資料。
2. 向被投訴的心理學家提供與此投訴有關的資料，以便該心理學家作出回覆。
3. 向任何專家證人提供與此投訴有關的資料，以便該專家證人就此投訴及相關事宜能夠提供獨立意見。

案主姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

---

Hong Kong Association of Doctors in Clinical Psychology

Address:  
Rm. 703, Kowloon Building,  
No. 555 Nathan Road, Kowloon  
Hong Kong  
Tel: (852) 52871091

Website: [www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)  
Email: [info@hkadcp.org.hk](mailto:info@hkadcp.org.hk)

## 授權表格二

如果案主因沒有足夠能力作出決定，你是案主的法律監護人，請填寫及簽署此表格。

本人 \_\_\_\_\_ (法律監護人姓名)，香港身份

證/身份證/護照號碼 \_\_\_\_\_，是 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (案主姓名)，香港身份證 / 身份證/護照號碼 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 的法律監護人，現授權香港臨床心理學博士協會進行以

下事宜：

1. 獲取與此投訴有關的資料。
2. 向被投訴的心理學家提供與此投訴有關的資料，以便該心理學家作出回覆。
3. 向任何專家證人提供與此投訴有關的資料，以便該專家證人就此投訴及相關事宜能夠提供獨立意見。

(如案主因沒有足夠能力簽署，請提供你作為案主的法律監護人的證明文件)

案主的法律監護人姓名：\_\_\_\_\_

與案主的關係：\_\_\_\_\_

簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

---

Hong Kong Association of Doctors in Clinical Psychology

Address:  
Rm. 703, Kowloon Building,  
No. 555 Nathan Road, Kowloon  
Hong Kong  
Tel: (852) 52871091

Website: [www.hkadcp.org.hk](http://www.hkadcp.org.hk)  
Email: [info@hkadcp.org.hk](mailto:info@hkadcp.org.hk)



