

智康中心–記憶班報名表

長者姓名： 性別/年齡： /

照顧者姓名： 性別/年齡： /

與長者關係： 聯絡電話：

住址： (地區) (街道/屋苑名稱)

**請於適當方格內放** **：**

1. 教育程度：未曾接受正式教育  小學 中學 大學或以上
2. 是否曾接受有關認知障礙症的診斷或檢查?

 否  是(協會提供之早期檢測務)

 是(其他有關檢查，請附報告)



**上課日期： 2025年9月20日至2025年11月8日 (逢星期六)**

**上課時間：上午10:00-11:30**

**費 用： $1440** **(1位患者) (家人陪同) (共8堂)**

**請將填妥之表格及入數紙正本交回：九龍橫頭磡邨宏業樓地下智康中心請將費用直接轉賬至本會戶口：滙豐銀行：809-352-867-001**

**電話：2338** **2499** **傳真：2338** **0772**

個人資料收集聲明

本人於提供上述資料予香港認知障礙症協會(下稱協會)前，已細閱該會的「個人資料收集聲明」，明白並同意相關內容。另外，協會就本人提供上述資料將有可能作下列用途，本人的意願如下：(請剔選適合空格)

同意 / 不同意協會使用我的個人資料作發送該會服務及教育資訊之用。

同意 / 不同意協會使用我的個人資料作籌款推廣之用。

簽署： 姓名： 日期：

就上述意願有任何更新，請隨時致電 2338 1120 或電郵至 [headoffice@hkada.org.hk](mailto:headoffice@hkada.org.hk)

與職員聯絡。