



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：2026年2月14日至2026年3月28日 (逢星期六)

上課時間：上午10:00-11:30

費用：\$1260 (1位患者) (家人陪同) (共7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 與職員聯絡。