



香港認知障礙症協會  
Hong Kong Alzheimer's Disease Association

## 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：(請別選適合空格)

- ☐ 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。