



第一部份：參加者資料

姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____

地址：_____ (地區) _____ (街道/苑名稱) _____ (大廈名稱/座數)

電話：_____ (手提) _____ (住宅)

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服務)

☐ 是(其他有關檢查，請附報告)

第二部份：填表人資料

填表人姓名：_____ 與參加者關係：_____

電話：_____ (手提) _____ (住宅)

申請人/填表人簽署：_____ 日期_____

課堂安排如下:

上課日期：2025 年 10 月 25 日，11 月 1、8、15、22、29 日(星期六) (共 6 堂)

上課時間：上午 10:30-中午 12:00 (逢星期六)

全期費用：\$1080

請將費用直接轉賬至本會戶口：

滙豐銀行：809-352-867-001

請將填妥之表格及轉賬正本收據交回或親臨本中心遞交；

荃灣永順街 38 號海灣花園商場地下 11-20 號舖李淇華中心；

電話 2439 9095； 傳真 2439 9310

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 與職員聯絡。

電話：2338 1120

傳真：2338 0772

地址：九龍橫頭磡邨宏業樓地下

電郵：headoffice@hkada.org.hk

網址：www.hkada.org.hk 香港認知障礙症協會