

## 協康會專業教育及發展課程報名表格

請將填妥的報名表連同劃線支票(抬頭協康會)用以下方式交回協康會專業教育及發展學會：  
 郵寄本會：九龍觀塘海濱道133號萬兆豐中心10樓I-L室，信封面請註明「報讀課程」  
 親臨報名：協康會轄下各中心(地點見第55頁)



### ◀ 報讀課程資料及付款方法

課程編號	課程名稱	支票號碼 (每個課程須以 獨立支票付費)	銀行	課程費用
<b>總額：</b>				

收據抬頭：\_\_\_\_\_ (如沒註明則以參加者姓名簽發)

請別選以下合適選項：

**支票付款**

請以獨立支票(抬頭協康會)支付每項課程費用，並於支票背後寫上參加者姓名、課程名稱及編號

**現金付款** (只適用於親身遞交表格人士)

**「童途有您」每月捐款者** 編號：\_\_\_\_\_

\*學費9折(優惠及合辦課程除外)，不適用於網上報名

**APED會員優惠**(報讀指定課程專享學費優惠)

本人已登記成為APED會員，登入電郵為：

本人同意使用本表格所提供的資料登記成為會員，以享會員優惠。

- 免費網上登記，贈送首年會籍
- 報讀指定課程專享學費優惠
- 隨時於APED網站查閱報讀記錄
- 會籍有效期內成功報讀任何一個課程即可免費自動續會一年。
- 訂閱課程資訊及最新消息

請繼續填寫 ▶

## ◀ 個人資料 (請以中文正楷填寫)

\*請刪去不適用者

姓名(中文) \_\_\_\_\_ 先生/女士\* (英文) Mr./Ms.\* \_\_\_\_\_

聯絡電話(手機) \_\_\_\_\_ (其他) \_\_\_\_\_ 傳真號碼 \_\_\_\_\_

通訊地址 \_\_\_\_\_

電郵 \_\_\_\_\_ 機構/學校名稱(如適用) \_\_\_\_\_

身份  校長  幼兒教師  兼收位教師  特殊幼兒工作人員  特殊學校教師  小學教師  中學教師  社工 家長(包括父母及兒童照顧者)  心理學家  職業治療師  物理治療師  言語治療師 學生(修讀課程) \_\_\_\_\_  其他(請註明) \_\_\_\_\_

**如屬家長，請填寫以下兒童資料，資料有助講員調整課程內容，以更適切參加者需要。**

兒童姓名(中文) \_\_\_\_\_ 出生日期(日/月/年) \_\_\_\_\_

學校名稱 \_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_

就讀學校類別： 幼稚園/幼兒中心  特殊幼兒中心  早期教育及訓練中心  兼收幼兒中心/幼稚園  
 小學  中學  沒有服務  其他(請註明) \_\_\_\_\_有否發展障礙： 沒有  感知缺陷  多項弱能  早產嬰兒  有限智能  自閉症  肢體弱能  
 學習障礙  弱智/弱能  發展遲緩  專注力失調/過度活躍症  語言發展遲緩  
 亞氏保加症  其他類別(請註明) \_\_\_\_\_

**得悉本會課程資料途徑**

 本會網頁  課程概覽  本會中心  電郵宣傳  朋友推薦  其他(請註明) \_\_\_\_\_

**有興趣之課題 (可選多項)**

 感知缺陷  多項弱能  早產嬰兒  有限智能  自閉症  肢體弱能  學習障礙  弱智/弱能  
 發展遲緩  專注力失調/過度活躍症  語言發展遲緩  亞氏保加症  其他(請註明) \_\_\_\_\_

## ◀ 聲明

本人已閱讀報讀課程須知，並同意向協康會提供以上個人資料作是次報名之用，及聲明本表格所提供的資料屬正確無誤。

本人  同意  不同意個人資料作日後接收會方資訊之用。

姓名： \_\_\_\_\_ 簽署： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

註：如日後不欲收取本會的推廣資訊，請以電郵通知我們(電郵：aped@heephong.org)，並提供中文全名、聯絡電話及電郵。