

# 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(APED):

郵寄本會: 九龍觀塘海濱道133號萬兆豐中心10樓J-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48-49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** (\_\_\_\_張)

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

如未能成功報讀, 請將支票退回  
(沒有別選則由本會代為銷毀)

**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: \_\_\_\_\_

\*正價學費9折(合辦課程除外), 不適用於網上報名

**APED會員優惠** (報讀指定課程即時專享學費優惠)

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。

**報讀指定課程即時專享學費優惠**

**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**



## 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) \_\_\_\_\_ (WhatsApp/Signal) \_\_\_\_\_

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(請註明修讀課程) \_\_\_\_\_  其他(請註明) \_\_\_\_\_

**如屬家長/兒童照顧者，請填寫以下兒童資料，資料有助導師調整課程內容，以更切合參加者需要。**

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  
 (可選多項)  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

其他類別(請註明) \_\_\_\_\_

**得悉本會課程資料途徑**

本會網頁  APED課程概覽  本會中心  電郵宣傳  本會臉書(Facebook)  朋友推薦

本會微博  報章雜誌  手機應用程式  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  其他(請註明) \_\_\_\_\_

## 聲明

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

本人  同意  不同意協康會使用此表格內的個人資料作日後接收協康會資訊之用。

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

註：如日後不欲收取本會的推廣資訊或更改相關個人資料，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。