



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APED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51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
總額：				

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
（沒有剔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) _____

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，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

☐ 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 ☐ APED課程概覽 ☐ 本會中心 ☐ 電郵宣傳 ☐ 本會Facebook專頁 ☐ 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發放於會方資訊之用。

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。