**附件一**

**高雄市失智症協會**

失智、失能家庭照顧者知能與照顧技巧訓練課程報名表

編號： (由本協會填寫)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人基本資料 | 姓名 |  | | 出生年月日 |  | 2吋相片  黏貼處 |
| 身分證字號 |  | | 性別 | □男 □女 |
| 婚姻狀況 | □已婚 | | □未婚 |  |
| 連絡電話 | (日)  (夜) 手機： | | | |
| 家中是否有失智症患者 | | □是，患者身分別＿＿＿＿　　　　□否 | | | |
| 聯絡地址 | 郵遞區號□□□-□□ | | | | |
| E-mail |  | | | | |
| 學歷 |  | | | | |
| 服務單位 |  | | | | |

報名方式：

1. 請確實填寫各項基本資料。
2. 請填妥報名表E-mail或網路的方式報名。
3. 報名確認專線：（07）313-4752 陳令英社工。
4. 為響應環保，請自行攜帶茶杯。
5. 上課地點：高雄市立中醫院三樓會議室 (高雄市前金區中華三路68號)