

臺北市廣慈視障者生活重建中心-擁抱健康系列講座

記憶不褪色，從認識失智開始

報名表

1. 姓名：_____
2. 性別：_____
3. 年齡：_____
4. 戶籍地：_____
5. 聯絡電話
(1) 家裡電話：_____
- (2) 手機號碼：_____
- (3) E-Mail：_____
6. 視力狀況：()全盲，說明有無光覺：
()低視能，簡述視力狀況：_____
7. 身心障礙證明：
()二類，級別____度
()多障，二類併____類
8. 特殊病史、身體狀況：_____
9. 從何得知本活動資訊？
()本會官網 ()本會 LINE@好友 ()本會臉書粉專 ()親友告知
()其他：_____
10. 報名本活動的原因及期待？

11. 對於失智症想要深入了解的資訊？(可以複選)
()失智症的病因與症狀 ()預防或延緩失智症的方法 ()與失智症親友的互動方式 ()社會資源 ()其他：_____
12. 過去是否參加過類似性質的活動或班級？

13. 過去是否參加過廣慈視障者生活重建中心的活動？

14. 明眼陪同者姓名/關係

15. 交通方式

☐ 自行前往 ☐ 下午 1 點 30 分在捷運後山埤站 2 號出口地面集合

☐ 搭乘復康巴士前來，下午 1 點 30 分於北一門集合

16. 講義方式

☐ 紙本一般字體（12 號字） ☐ 紙本大字體_____號_____字體

☐ 電子檔，可選擇 Email 或是 Line：

※報名本活動，我和我的陪同者即同意重建中心於活動期間內進行拍照、受訪，於合理範圍使用。並同意提供個人資料，得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，請遵守「個人資料保護法」之規定，妥善保護個人資訊。

※☐上述內容本人皆已知悉與同意，所提供之資訊皆正確無誤。