



107 年基隆維德醫院 失智社區照護計畫

家屬照顧課程暨支持團體活動

報名表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	
聯絡電話		手機			
通訊地址					
報名者	<input type="checkbox"/> 長輩本人 <input type="checkbox"/> 家庭照顧者/家屬 <input type="checkbox"/> 社區民眾 <input type="checkbox"/> 其他_____				
團體參與	1、 <input type="checkbox"/> 我可參與 4 場團體。 2、請勾選可參加場次日期 <input type="checkbox"/> 第一場 107 年 10 月 17 日(三)10:20~11:10 <input type="checkbox"/> 第二場 107 年 10 月 24 日(三)10:20~11:10 <input type="checkbox"/> 第三場 107 年 10 月 31 日(三)10:20~11:10 <input type="checkbox"/> 第四場 107 年 11 月 07 日(三)10:20~11:10 (上課現場需簽到並贈送禮品一份)				
備註					