



博愛醫院歷屆總理聯誼會梁省德中學

The Association of Directors & Former Directors of Pok Oi Hospital
Ltd. Leung Sing Tak College

分發單位：中三級家長

家長通告編號：P281-21

日期：二零二二年六月二十二日

日語體驗課程初級班

各位家長：

你的子女將會參加以下活動，詳情如下：

活動名稱：日語體驗課程初級班

活動地點：九龍塘禧福道 30 號禮賢會彭學高紀念中學

活動日期：2022 年 7 月 20 日、21 日、25 日、26 日及 27 日

上課時間：下午 2:30 至 4:30 分

解散地點：禮賢會彭學高紀念中學

費用：\$500（若同學能出席最少四天課程將獲發回全部費用）

負責老師：梁泳濤老師及李家輝老師

- 備註：
1. 請帶備所需文具。
 2. 請提供學生手提電話號碼以供傳送課程材料及聯絡之用。
 3. 部份課堂學習材料會在開課前發給學生。學生須於第一課前完成。

請於 2022 年 6 月 28 日（星期二）或以前回覆電子回條。如有任何問題，歡迎致電 2414 5151 與梁泳濤老師或李家輝老師聯絡。如天文台在該活動開始兩小時前已懸掛三號或以上颱風及紅、黑色暴雨警告訊號，則該活動會即時取消。

梁省德中學校長

植文顯

植文顯先生

二零二二年六月二十二日

回 條

（請於 6 月 28 日或之前回覆及繳付有關費用）

植校長：

本人已得悉 貴校之日語體驗課程初級班安排，並有以下決定：

- 敝子弟**參與**是次體驗課程及以**電子系統**先支付港幣 500 元。本人知悉 敝子弟在出席最少四天課程後才可獲發還港幣 500 元。
- 敝子弟**參與**是次體驗課程及以**現金**先支付港幣 500 元，所需款項請**交予負責老師**。本人知悉 敝子弟在出席最少四天課程後才可獲發還港幣 500 元。
- 不參與**是次體驗課程。

家長簽署：_____

學生姓名：_____

班 別：_____（_____）

學生手提電話：_____

二零二二年六月 日