

童綜合醫療社團法人童綜合醫院優秀護理學生獎助學金申請表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	二吋半身照片 黏貼處
出生年月日	年 月 日	學校		
身分證字號		學制	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技	
戶籍地址				
通訊地址				
E-mail				
聯絡電話	住宅：	手機：		
家長姓名	父：	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿；電話：	手機：	
電話手機	母：	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿；電話：	手機：	
以下資料由學校提供				
系(所)主任 意見	系(科)/職稱： 推薦事由：		聯絡電話：	
	系(科)主任簽名：			
成績	前學年度學業成績：_____分；實習成績：_____分； 操行(德育)成績：_____分或_____等；前學年度該班成績前_____			
檢附文件：				
<input type="checkbox"/> 1. 成績單正本(註明班級排名) <input type="checkbox"/> 2. 已完成註冊章戳印之學生證影本 <input type="checkbox"/> 3. 身分證影本 <input type="checkbox"/> 4. 其他有助於申請獎學金之證照或獎狀等附件 <input type="checkbox"/> 5. 銀行存摺帳號影本				
【依次序裝訂於左上角】				
申請人(簽章)：_____				
申請日期： 年 月 日				
送件方式：以掛號郵寄台中市梧棲區臺灣大道八段699號護理部，請註明「申請優秀護理學生獎助學金」(以郵戳為憑，逾期不受理)				
醫院審核結果：(學生免填)				
<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 原因：				
審核人簽名：_____		核准主管簽名：_____		