

馬偕紀念醫院新竹分院獎助金申請

家長同意書

本人 _____ 為 _____ 之 父 母 法定監護人，茲同意 _____

領取馬偕紀念醫院新竹分院所提供之獎助金（上限為新台幣伍拾萬元），並

履行至馬偕紀念醫院新竹分院按領取獎助金年限計算之服務年限之承諾。

屆時若未履行滿應服務之期限，同意連帶負責將 _____ 所領取之獎助金

全數無息退還予馬偕紀念醫院新竹分院。

立同意書人：

簽章

身份證字號：

行動電話：

戶籍住址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日