

## 家長同意證明

本人\_\_\_\_\_ (父) \_\_\_\_\_ (母) 或 \_\_\_\_\_ 監護人，  
茲同意\_\_\_\_\_ 取消敏盛綜合醫院領取獎助金計新台幣\_\_\_\_\_  
萬元整(請以國字填寫：零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、  
拾、佰、仟)之申請，並同意一週內無條件退還前述已領之獎助金。

立同意書人：

(簽章)

身分證字號：

行動電話：

戶籍地址：

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日