

臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院

建教合作就學獎助申請書

申請對象：二技一、二年級，五專生以專四或以上年級，四技或大學以三年級或以上年級為限。
報名期間：每年 8 月 1 日至 09 月 30 日，以郵戳為憑，逾期不予受理。

申請人	姓名		性別		出生 年月日	照片 黏 貼 處	
	戶籍地			身分證字號			
	聯絡 電話	電話： 手機： LINE：		e-mail			
	戶籍 地址						
	聯絡 地址						
就 讀 學 校	校名						
	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 大學						
	科系		年級	(暑假過後的年級)	年級		
	學業總 成績			操行成績			
欲申請獎助金期間：自 _____ 學年 _____ 學期 起 至 _____ 學年 _____ 學期止							
緊急聯絡人 姓名				緊急聯絡人 手機			
檢附資料： <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 師長推薦函 <input type="checkbox"/> 歷年成績單(二技新生以專科歷年成績為證明。) <input type="checkbox"/> 戶籍謄本(或是新式戶口名簿)之影本 <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明之影本(此項非必要)							
致 臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院 審核							

臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院

建教合作就學獎助 師長推薦函

(壹) 申請人基本資料

姓名：_____ 就讀學校及科系：_____

(貳) 推薦書

本推薦書目的在於協助本院專業人才培育發展委員會委員瞭解學生在學期間學業及生活狀況，作為重要參考資料。您的協助對本院助益甚鉅，謹此深表敬謝之意。填妥後請密封交給申請人。**(未予密封並於封口簽名者，視為無效)**

一、申請人曾修過您哪些課程？表現如何？

二、就下列各方面而言，您對這位學生評價如何？(請打✓)

評估項目	特優	優	可	尚可	不清楚
品格					
人際關係					
努力程度					
發展潛力					

三、您推薦申請人的具體理由：

推薦人簽名：_____

填寫日期：_____年____月____日

所任科系及教職：_____