

大千綜合醫院 護理獎助學金申請表

就讀學校：

就讀學制：☐五專☐二專☐四技/大學☐二技

申請日期： 年 月 日

姓 名		出生年月日	年 月 日	家長(監護人)	
班 級	年 班	身份證字號		連絡電話	
畢業年度	年 6 月	連絡電話	H：()	手機：	
戶籍地址					
通訊地址					
申請經驗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，____年____月， <input type="checkbox"/> 錄取(____學年)， <input type="checkbox"/> 未錄取 <input type="checkbox"/> 是，____年____月， <input type="checkbox"/> 錄取(____學年)， <input type="checkbox"/> 未錄取 <input type="checkbox"/> 是，____年____月， <input type="checkbox"/> 錄取(____學年)， <input type="checkbox"/> 未錄取 <input type="checkbox"/> 是，____年____月， <input type="checkbox"/> 錄取(____學年)， <input type="checkbox"/> 未錄取				

各學年操行暨學業成績

三年級	學業	上學期	分	平均	操行	上學期	分	平均	分
		下學期	分			下學期	分		
四年級	學業	上學期	分	平均	操行	上學期	分	平均	分
		下學期	分			下學期	分		

檢附相關資料	<input type="checkbox"/> 自傳（電腦繕打、12 號字體、A4）-抬頭請註明班級、學號、姓名，再進行分段撰寫。 <input type="checkbox"/> 歷年成績證明正本乙份。 其他： <input type="checkbox"/> 中/低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 原住民身份-戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> _____ 就學貸款： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
--------	---

校內審查

(1)生輔組檢核	(2)班導師推薦
經檢核，至申請本護理獎助學金之前 <input type="checkbox"/> 未受小過以上之處分。 <input type="checkbox"/> 曾受小過以上之處分。 簽章： 年 月 日	請就以下項目具體描述 <input type="checkbox"/> 學習： <input type="checkbox"/> 品性： <input type="checkbox"/> 言行： <input type="checkbox"/> 人際： 簽章： 年 月 日
(3)科系主任審查	(4)審查結果
簽章： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 錄取： 學年 <input type="checkbox"/> 未錄取 簽章： 年 月 日

*敬請詳閱本護理獎助學金申請辦法，填寫此申請表者，視為同意實施本辦法之內容。

*本護理獎助學金申請表於審查完畢後，不論錄取與否，將統一保存於大千綜合醫院護理部，不提供其他單位使用。

制定日:102.09.23
 修訂日:107.04.11 二修
 表單編號:4-A8-248