

麻豆新樓醫院菁英獎助金申請表

姓 名	就讀部別 學制系科	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 護理系(所) <input type="checkbox"/> 五專護理科				班 級	
				年 班			
學 號	出生日期	年 月 日	畢業 學年	學年	畢業 年月	年6月	
身分證 字 號	連絡電話	(家) (行動)					

戶籍地址

租宿地址 (電話)

成績平均分數											
學 業	學年		分	平均	分	操 行	學年		分	平均	分
	第 1 學期	第 2 學期					第 1 學期	第 2 學期			
	學年		分				學年		分		
	第 1 學期	第 2 學期					第 1 學期	第 2 學期			

申請附件：
 證照：有 無【若已取得請檢附影印本-護理師 護士】
自我介紹【電腦打字、A4 列印-抬頭請註明部別、學制、班級、學號、姓名。再分段陳述】。
學年度成績證明正本 1 份
戶口名簿影本 1 份
金融機構存簿封面影印本。

導師初審推薦

①學習：

②品性：

③生活言行：

④人際關係：

簽章：

審查會議複審建議	新樓醫院核定
複審結果： <input type="checkbox"/> 正取- <input type="checkbox"/> 備取- <input type="checkbox"/> 不錄取 領取學年： 學年- 學年 (計 學年) 護理部部長：	核定結果： <input type="checkbox"/> 正取- <input type="checkbox"/> 備取- <input type="checkbox"/> 不錄取 院長：

* 請詳閱本項獎助金實施辦法，填報此申請表者，視為同意實施辦法載述之內容。