

新竹馬偕紀念醫院暨新竹市立馬偕兒童醫院補助護理(科)系學生獎助金申請表

姓 名	☐ 男 ☐ 女		出 生 年 月 日	照 片 黏 貼 處		
身分證字號			戶 籍 地			
聯絡電話	電話： 手機：					
戶籍地址						
聯絡地址						
電子信箱						
就讀學校	☐ _____ 學校護理科 _____ 年級 ☐ _____ 護理系(☐ 大學 ☐ 二技 ☐ 四技) _____ 年級					
年 級			班 級			
學業成績		實習成績		操行成績		
欲申請獎助學金期間：						
☐ 申請一學年(服務一年) ☐ 申請二學年(服務二年) ☐ 申請四年(服務四年)						
檢附資料： ☐ 申請書 ☐ 歷年成績單（二技生請附五專成績單） ☐ 護理師證書影本			護理學系(科)主任 或班導師簽章			
審核結果 ☐ 審核通過 ☐ 審核不通過			護理部主任簽章			