

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			
學號		出生日期	年	月	日	畢業 學年	學年	畢業 年月	年	月
身分證 字號		連絡電話	(家)				(行動)			
戶籍地址										
租宿地址										

成績平均分數									
學業	學年		平均	分	操行	學年		平均	分
	第1學期	分				第1學期	分		
	第2學期	分				第2學期	分		

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】。
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，填報此申請者，視為同意實施辦法載述之內容。