

附件一 **戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院-獎助學金申請表**

申請種類	☐ 一般獎助學金 ☐ 應屆畢業生推薦獎助學金 ☐ 展翅計畫獎助學金				
學生姓名		性別	☐ 男 ☐ 女		照片 (1 吋)
出生日期	年 月 日	身份字號			
電 話	()	手 機			
學校名稱/班級		學 制	☐ 二技 ☐ 四技 ☐ 大學 ☐ 五專 ☐ 研究所		
重大/慢性疾病	☐ 無 ☐ 有 _____		服用藥物	☐ 無 ☐ 有 _____	
護理師證照	☐ 已具備護理師證照 ☐ 預計 年 月考試		預計到職日	____年 ____月 ____日	
家長姓名			家長電話		
e-mail					
聯絡地址	戶籍地址： 居住地址：				
操行成績(80)		學業成績(70)		實習成績(70)	
在校期間選擇至本院進行 ☐ 最後一哩選習 ☐ 寒/暑假工讀 ☐ 其他 _____					
申請日期	____年 ____月 ____日		申請人簽章		
該生是否為輔導關懷個案(系主任勾選)	☐ 是 ☐ 否		系主任簽章/日期	/____年____月____日	
審 核 結 果 (以下資料由醫院填寫)					
護理部	收件日期:____年 ____月 ____日 ☐ 通過- ☐ 一般獎助學金 ☐ 應屆畢業生推薦獎助學金 ☐ 展翅計畫獎助學金 獎勵金額 _____ 元 ; ☐ 不通過 核定發放期間____學年 第____學期~____學年 第____學期 意見： 審核小組簽名： 護理部主任簽名：				
人力資源室	☐ 通過 ; ☐ 不通過 意見： 審核小組簽名： 人力資源室主任簽名：				

◎以上獎助學金申請對象均以在學學生為限。

附件二

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

獎助學金申請-師長推薦函

一、申請人姓名：

二、就以下六大項目，您對此學生評價？（請勾選）

項目	特優	優	可	尚可	不佳	不清楚
品格						
人際關係						
努力程度						
團隊合作						
溝通能力						
發展潛能						

三、您推薦此學生的具體理由（若篇幅不夠請自行檢附於推薦函表格後）

*該生是否患有重大/慢性疾病：☐無 ☐有，罹患_____

*該生是否有長期服用藥物：☐無 ☐有，服用_____

本人確認上述內容屬實

推薦人簽名：

/連絡電話：

任職機關/院科系所/職稱：

日期：_____年_____月_____日

備註：填妥後請密封並於封口簽名交給申請人