

醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院

獎學金申請書

姓名		出生日期	年 月 日	照片
身份證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
聯絡電話	電話:( )		手機:	
戶籍地址				
聯絡地址				
Email	(請工整書寫)			
校名/年級				
學制	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 大學	申請學年度	106 學年	
專業證書	<input type="checkbox"/> 護理師；護理字第_____號 <input type="checkbox"/> 尚未考取 <input type="checkbox"/> 護士；護字第_____號			
匯款帳戶	銀行分行：_____；帳號：_____			
檢附資料	<input type="checkbox"/> 服務合約書兩份(合約書為一式兩份，需蓋印) <input type="checkbox"/> 家長同意書(需蓋印) <input type="checkbox"/> 申請人身份證正反面影本 <input type="checkbox"/> 申請人本人之金融機構存摺封面影本(匯款用)			
護理科系所審核	<input type="checkbox"/> 本校證明該申請人成績達全系前 75%，且操行成績每學期達 80 分以上。 護理科系所主任簽章： 簽核日期： 年 月 日			
亞東紀念醫院審核				
護理部	人力資源處	督導副院長	院長	

※獎學金申請人簽章：

日期： 年 月 日