

護理人才培育獎助學金申請書

申請日期：____年____月____日

申請人	姓 名			性別 ☐ 男 ☐ 女	出生日期	年 月 日			1 吋照片 黏 貼 處
	籍 貫			身分證字號					
	戶 籍 地 址	市 縣	鎮區 鄉市	路 街	段	巷	弄	號 樓	
	通 訊 地 址	市 縣	鎮區 鄉市	路 街	段	巷	弄	號 樓	
就 讀 學 校	電子信箱					曾受領本法人獎助學金： ☐ 是 ☐ 無			
	聯絡電話	(家)：		(手機)：		申請獎助學金期間：民國 <u>110</u> 學年度第 <u>二</u> 學期			
就 讀 學 校	學校名稱	☐ 公立： ☐ 私立：				學校承辦人員 及聯絡電話 (由學校填寫)		單位： 姓名： 聯絡電話：	
	校 址								
	目 前 就 讀	☐ 四技 ☐ 二技 ☐ 二專 ☐ 五專 ☐ 大學		科 系 年 級	____科系____年級第____學期				
	學 年 (期) 成 績	智 育 成 績	第一學期總平均		分	操行成績	第一學期 分 (等)		
			第二學期總平均		分		第二學期 分 (等)		
	☐ 一年級第一學期申請者之入學成績：								
班導師確認簽名：									
日期：____年____月____日									

製表：人資室 107.08.31

申請人簽名：_____ 家長(法定代理人)簽名：_____

備註：

一、本申請書請檢附下列文件：

- ☐ 1.最近三個月內之戶籍謄本正本。
- ☐ 2.在學證明或學生證正反面影本。
- ☐ 3.成績單正本。
- ☐ 4.個人自傳(600 字以上，請簡述家庭狀況、求學經歷、自我優缺點分析、未來生、職涯規劃及自我期許等，格式不拘)。
- ☐ 5.個資保護法應告知事項暨同意書正本。
- ☐ 6.申請者本人存摺影本。
- ☐ 7.其他證明文件、影本：_____。

二、受理申請單位：行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院 人力資源室。

郵寄地址：237 新北市三峽區復興路 399 號 人力資源室-獎助學金審查小組

聯絡電話：(02) 2672-3456 轉 1795，傳真：(02)2673-0920

三、請將本申請書及檢附之各項文件裝妥後以掛號郵寄。