

## 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		
			年 班						
學 號		出生日期	年 月 日	畢業 學年	學年	畢業 年月	年6月		
身 分 證 字 號		連絡電話	(家) (行動)						
戶籍地址									
租宿地址	(電話)								
成績平均分數									
學 業	學年	分	平均	分	操 行	學年	分	平均	分
	第 1 學期					第 1 學期			
	學年	分				學年	分		
	第 2 學期					第 2 學期			
申請附件： 證照： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無【若已取得請檢附影印本- <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 護士】 <input type="checkbox"/> 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】。 <input type="checkbox"/> 學年度成績證明正本 1 份 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 1 份 <input type="checkbox"/> 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：  <div style="text-align: right;">簽章：</div>									

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）  <div style="text-align: right;">護理部部長：</div>	核定結果： <input type="checkbox"/> 正取- <input type="checkbox"/> 備取- <input type="checkbox"/> 不錄取    <div style="text-align: right;">院長：</div>

\* 請詳閱本項獎助金實施辦法，填報此申請表者，視為同意實施辦法載述之內容。