



# 振興醫療財團法人振興醫院

## 建教合作就學獎助金申請書

2017.02.08

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	照片黏貼處
身分證字號		戶籍地	
聯絡電話	電話：	手機：	
戶籍地址			
聯絡地址			
就讀學校			
學制	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 四技	<input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 研究所	年級
學業成績		操行成績	
申請獎助學金期間：(申請學期至畢業學期)			
<input type="checkbox"/> ____學年____學期 <input type="checkbox"/> ____學年____學期 <input type="checkbox"/> ____學年____學期 <input type="checkbox"/> ____學年____學期 <input type="checkbox"/> ____學年____學期 <input type="checkbox"/> ____學年____學期			
申請獎助學金金額：			
<input type="checkbox"/> 每學期3萬元整(公、私立學校均可申請) <input type="checkbox"/> 每學期6萬元整(限私立學校)			
檢附資料：(審核未通過者將退還所有檢附文件)			
<input type="checkbox"/> 「建教合作就學獎助金」申請書 <input type="checkbox"/> 學生身份證正反面影本 <input type="checkbox"/> 「建教合作就學獎助金」師長推薦函 <input type="checkbox"/> 學生戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 在學學生前一學期成績證明書 <input type="checkbox"/> 學生本人帳戶封面影本 <input type="checkbox"/> 入學新生前一學籍成績證明 <input type="checkbox"/> 就學獎助金合約書一式二份			
振興醫療財團法人振興醫院			
<input type="checkbox"/> 審核通過 <input type="checkbox"/> 審核不通過			

申請人簽章：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

院科系所主管簽章：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_