

# 麻豆新樓醫院菁英獎助金申請表

|              |  |      |                                                                                     |          |    |          |       |
|--------------|--|------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|----------|-------|
| 姓 名          |  | 學 校  |                                                                                     |          |    | 班 級      |       |
|              |  | 學 制  | <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 |          |    | 年 班      |       |
| 學 號          |  | 出生日期 | 年   月   日                                                                           | 畢業<br>學年 | 學年 | 畢業<br>年月 | 年   月 |
| 身 分 證<br>字 號 |  | 連絡電話 | (家) (行動)                                                                            |          |    |          |       |
| 戶籍地址         |  |      |                                                                                     |          |    |          |       |
| 租宿地址         |  |      |                                                                                     |          |    |          |       |

[illegible]

申請附件：

證照：☐有 ☐無【若已取得請檢附影印本-☐護理師 ☐護士】

□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】。

☐ 戶口名簿影本 1 份

☐ 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：

簽章：

| 審查會議複審建議                                                                                        | 新樓醫院核定                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 複審結果：<br><input type="checkbox"/> 正取- <input type="checkbox"/> 備取- <input type="checkbox"/> 不錄取 | 核定結果：<br><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）                                                                     |                                                                                                 |
| 護理部部長：                                                                                          | 院長：                                                                                             |

※請詳閱本項獎助金實施辦法，填報此申請者，視為同意實施辦法載述之內容。