

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		
學 號			出生日期	年	月	日	畢業 學年	學年	畢業 年 月
身 分 字 證 號			連絡電話	(家) (行動)					
戶籍地址									
租宿地址									

成績平均分數											
學業	學年		分	平均	分	操行	學年		分		
	第 1 學期										
	學年 第 2 學期										

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： <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)	核定結果： <input type="checkbox"/> 正取- <input type="checkbox"/> 備取- <input type="checkbox"/> 不錄取 護理部部长： 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。