

秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院獎助學金申請表

學 生 姓 名		性 別	☐ 女 ☐ 男	照片(二吋半身)	
出 生 日 期	年 月 日	身份證字號			
就 讀 學 校		學制年級			
電 話		手 機			
家 長 電 話		E-mail			
學 制	☐ 二技 ☐ 四技 ☐ 大學 ☐ 研究所				
聯 絡 地 址					
檢 附 文 件					
☐ 自傳(約 1000 字) ☐ 前一學年成績單正本或影本須加蓋官防乙份 ☐ 教師推薦信函乙份(須彌封) ☐ 學生證影印本及身分證影印本 ☐ 其他有利審查之證明文件(若無, 可免繳)(說明: <u>如得獎獎狀、英檢、清寒證明等</u>)					
欲申請獎助學金期間 ☐_____學年_____學期 ☐_____學年_____學期					
學業成績	1._____ 2._____		操行成績	1._____ 2._____	
實習成績	1._____ 2._____				
申請人簽章			系主任 簽章		
結果: ☐ 審核通過 ☐ 審核不通 過面試意見: 審查者簽名: _____ 年 月 日					
人資督導		護理部主任		院 長	