

# 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   月
身 分 證 字 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	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：☐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）  <p style="text-align: center;">護理部部長：</p>	核定結果： <input type="checkbox"/> 正取- <input type="checkbox"/> 備取- <input type="checkbox"/> 不錄取    <p style="text-align: center;">院長：</p>

※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。