

新竹馬偕紀念醫院暨新竹市立馬偕兒童醫院補助護理(科)系學生獎助金申請表

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					
電子信箱					
就讀學校	<input type="checkbox"/> _____ 學校護理科 _____ 年級 <input type="checkbox"/> _____ 護理系(<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技) _____ 年級				
年 級			班 級		
學業成績		實習成績		操行成績	
欲申請獎助學金期間： <input type="checkbox"/> 申請一學年(服務一年) <input type="checkbox"/> 申請二學年(服務二年) <input type="checkbox"/> 申請四年(服務四年)					
檢附資料： <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 歷年成績單（二技生請附五專成績單） <input type="checkbox"/> 護理師證書影本			護理學系(科)主任 或班導師簽章		
審核結果 <input type="checkbox"/> 審核通過 <input type="checkbox"/> 審核不通過			護理部主任簽章		