

麻豆新樓醫院菁英獎助金申請表

姓 名		學 校				班 級	
		學 制	☐ 五專 ☐ 二技 ☐ 四技			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： ☐ 正取- ☐ 備取- ☐ 不錄取	核定結果： ☐ 正取- ☐ 備取- ☐ 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。