

附件二

屏東榮民總醫院醫事職類學生獎助學金申請表

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	兩吋照片 (三個月近照)
身分證字號		聯絡電話		
家長姓名：	關係：	電話：		
電子信箱				
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
就讀學校		科系		
預計畢業日期：	年 月 日			
學制	學制：_____年級：_____擬申請_____學年度獎助金			
匯款銀行/郵局	銀行/郵局 分行、帳號： (如未填寫或填寫錯誤，致匯款失敗，需自行支付匯款手續費)			
檢附申請人資料：		申請職類：		
<input type="checkbox"/> 身分證、學生證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 各學期成績單正本或影本加蓋關防。 <input type="checkbox"/> 自傳(內容 1 千字以上，含成長過程、求學經歷、在校表現及未來生涯規劃)。 <input type="checkbox"/> 其他證明文件(如：特殊專長及具體事蹟證明文件、專技證書影本、通過第一階段專技高考考試證明文件)。 <input type="checkbox"/> 本人金融機構帳戶存摺封面影本(匯款用)。		<input type="checkbox"/> 護理(科)系(<input type="checkbox"/> 有證書 <input type="checkbox"/> 無證書) <input type="checkbox"/> 藥學院(系、所)		
申請人簽章：		申請日期： 年 月 日		
家長或監護人簽章(申請人未成年)：		申請日期： 年 月 日		
院(系或科、所)主任簽章：_____		日期： 年 月 日		