



財團法人

曹仲植基金會

114067 台北市內湖區港墘路 221 巷 21 號 9 樓

電話:02-2798-8686 傳真:02-2798-8348

114 年下半年曹賀雲卿助、獎學金申請書

申請期限：114 年 07 月 21 日至 114 年 09 月 05 日

申 請 人	姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生地	市 ( 縣 )			
	身份證字號			E-Mail					
	出生日期	年	月	日	年 齡	歲	住家電話		
	申請組別	高中 ( 職 ) 組： <input type="checkbox"/> 助學金 <input type="checkbox"/> 獎學金				手 機			
		大學 ( 專科 ) 組： <input type="checkbox"/> 助學金 <input type="checkbox"/> 獎學金							
	戶籍地址	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號
		市	區市	里		街		弄	樓
通訊地址	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號	
	市	區市	里		街		弄	樓	
申請 身分別	請打勾： <input type="checkbox"/> 身障者 <input type="checkbox"/> 清寒 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 無雙親 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 父母為身障者								
就讀學校	大學		年制	系	年級				
	專科學校		年制	科	年級				
	市 ( 私 ) 立		高中 ( 職 )	年級					
家 長	姓 名		與申請人關係		年 齡	歲	職 業		
	電 話 (白/夜)	日：			手 機				
		夜：							
服務單位			任職部門			職 稱			

注意事項：若資格不符、證件不齊或資料填寫不實者，則不予審核並不退回原件。

檢 附 資 料	<input type="checkbox"/> 五百字以上自傳一份。	<input type="checkbox"/> 身障證明文件。
	<input type="checkbox"/> 三個月內之戶籍謄本一份。	<input type="checkbox"/> 清寒、低收入戶證明文件。
	<input type="checkbox"/> 本人銀行存摺封面影本。	<input type="checkbox"/> 其他 _____
	<input type="checkbox"/> 114 年 02 月至 114 年 06 月學期成績單。	

申請人簽名:

-----

民國 114 年 月 日