

**中國醫藥大學北港附設醫院
長照科系學生獎助金申請表**

附件一

姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請日期		3 個 月 近 照
身份證字號			出生年月日		
聯絡電話	手機：		住家：		
聯絡地址	戶籍地址： 通訊地址：				
e-mail					
就讀學校/					
申請補助年級 (可複選)	大學學制 <input type="checkbox"/> 一年級 <input type="checkbox"/> 二年級 <input type="checkbox"/> 三年級 <input type="checkbox"/> 四年級 專科學制 <input type="checkbox"/> 一年級 <input type="checkbox"/> 二年級 <input type="checkbox"/> 三年級 <input type="checkbox"/> 四年級 <input type="checkbox"/> 五年級				
在學成績	學業成績		操行成績		
平均分數					
檢附資料	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 在學成績證明影本(前一學年) <input type="checkbox"/> 自傳				
醫院審查意見： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，意見：_____					
審核者簽名：_____					