

為恭醫療財團法人為恭紀念醫院
護理教育獎助學金申請暨審核表

姓 名	申請學校：		二吋半身照片 黏貼處		
出生年月日	年 月 日	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
身分證字號	籍貫：				
聯絡地址	縣市 市區鄉鎮 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓				
聯絡電話	(日)： (夜)：				
家長姓名		家長電話			
檢 附 文 件					
<input type="checkbox"/> 在校全年度成績單（正本） <input type="checkbox"/> 自傳 <input type="checkbox"/> 銀行存摺帳號影本 <input type="checkbox"/> 服務契約書(一式二份) 註:具清寒身分者請檢附相關證明文件 【依次序裝訂於左上角】					
申請人：_____（簽章） 申請日期： 年 月 日					
審核委員	審核意見	審核結果		簽名	
學校委員		<input type="checkbox"/> 通過	<input type="checkbox"/> 不通過		
護理部 委員		<input type="checkbox"/> 通過	<input type="checkbox"/> 不通過		