

護理人才培育/展翅計畫獎助學金申請書

申請日期：____年____月____日

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|---|---|---|---|
| 申 請 人 | 姓名 | | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 月 日 | 1吋照片 黏貼處 | | | | |
| | 籍貫 | | 身分證字號 | | | | | | | |
| | 戶籍地址 | <input type="checkbox"/> □□□ 市 縣 | 鎮區 鄉市 | 路 街 | 段 | | 巷 | 弄 | 號 | 樓 |
| | 通訊地址 | <input type="checkbox"/> □□□ 市 縣 | 鎮區 鄉市 | 路 街 | 段 | | 巷 | 弄 | 號 | 樓 |
| | | <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 | | | | | | | | |
| 電子信箱 | | | | 申請獎助學金期間： 自 <u>114</u> 學年 <u>下</u> 學期至 <u> </u> 學年 <u> </u> 學期 共計 <u> </u> 學期(註1) | | | | | | |
| 聯絡電話 | (家)： | (手機)： | | | | | | | | |
| 學校名稱 | <input type="checkbox"/> 公立 : <input type="checkbox"/> 私立 | | | 學校承辦人員及 聯絡電話 (由學校填寫) | | 單位： 姓名： 聯絡電話： | | | | |
| 校址 | | | | | | | | | | |
| 目前就讀 | <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 學士後 | 科系 年級 | <u> </u> 科系 <u> </u> 年級第 <u> </u> 學期 | | | | | | | |
| 學年(期) 成績 (註2) | 學業成績 | 第一學期總平均 | 分 | 操行成績 | 第一學期 分 (等) | | | | | |
| | | 第二學期總平均 | 分 | | 第二學期 分 (等) | | | | | |
| | | 基護實習成績 | 分 | | | | | | | |
| (申請展翅計畫者填寫) | | | | | | | | | | |
| 註1：可依在學學期起算至應畢業學期，申請獎助學金補助年限。 註2：新入學學生無需提供學業/操行成績。 | | | | | | | | | | |
| 班導師確認簽名：_____ | | | | | | | | | | |
| 日期：____年____月____日 | | | | | | | | | | |

製表：人資室 115.01.08

申請人簽名：_____ 家長(法定代理人)簽名：_____

備註：

一、本申請書請檢附下列文件：

- 1. 最近三個月內之戶籍謄本正本。
- 2. 在學證明或學生證正反面影本。
- 3. 成績單正本(一年級申請者請附入學成績單)。
- 4. 個人自傳(以書面直式橫書A4格式，600字以上依序撰述含家庭狀況、求學經歷、自我優缺點分析、未來生/職涯規劃及自我期許等)。
- 5. 個資保護法應告知事項暨同意書正本。
- 6. 申請者本人存摺影本。
- 7. 其他證明文件、影本：_____。

二、受理申請單位：行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院 人力資源室。

郵寄地址：23702 新北市三峽區復興路399號 人力資源室。

聯絡電話：(02) 2672-3456 轉 1795，傳真：(02)2673-0920

三、請將本申請書及檢附之各項文件裝妥後以掛號郵寄。