

醫學檢驗人才培育獎助學金申請書

申請日期：____年____月____日

申請人	姓名			性別	☐ 男 ☐ 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	☐ ☐ ☐	市縣	鎮區鄉市	路街	段	巷	弄	號		樓
	通訊地址	☐ ☐ ☐	市縣	鎮區鄉市	路街	段	巷	弄	號		樓
			☐ 同戶籍地址								
	電子信箱						曾受領本法人獎助學金： ☐ 是 ☐ 無				
聯絡電話	(家)：		(手機)：		申請獎助學金期間：民國 <u>114</u> 學年度第 <u>一</u> 學期						
就讀學校	學校名稱	☐ 公立： ☐ 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	☐ 五專 ☐ 四技 ☐ 大學 ☐ 研究所				科系 年級	____科系____年級第____學期				
	學年(期) 成績	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)				
	☐ 一年級第一學期申請者之入學成績：										
班導師確認簽名：											
日期：____年____月____日											

製表：人資室 114.07.24

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。
- ☐ 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：237 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。