

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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市縣 鎮區鄉市 路街 段 巷 弄 號 樓				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市縣 鎮區鄉市 路街 段 巷 弄 號 樓 <input type="checkbox"/> 同戶籍地址				
就讀學校	電子信箱				申請獎助學金期間： 自 114 學年 上 學期至 ____ 學年 ____ 學期 共計 ____ 學期(註 1)	
	聯絡電話	(家)：____ (手機)：____				
就讀學校	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	____ 科系 ____ 年級第 ____ 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 114.06.17

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。