

## 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						
	電子信箱			申請獎助學金期間： 自 <u>113</u> 學年 <u>下</u> 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	分	操行成績	第一學期	分 (等)	
		第二學期總平均分	分		第二學期	分 (等)	
		基護實習成績 (申請展翅計畫者填寫)	分				
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 114.02.04

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。