

台南新樓醫院菁英獎助金申請表

姓名		就讀部別 學制系科	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 護理系(所) <input type="checkbox"/> 五專 護理科				班級		
學號		出生日期	年	月	日	畢業學年	學年	畢業年月	年6月
身分證字號		連絡電話	(家)			(行動)			
E-mail									
戶籍地址									
租宿地址	(電話)								

成績平均分數										
學業	學年	分	平均	分	操	行	學年	分	平均	分
	第1學期						第1學期			
	學年	分					學年	分		
	第2學期						第2學期			

申請附件：

證照：有 無【若已取得請檢附影印本-護理師 護士】

自我介紹【電腦打字、A4 列印-抬頭請註明部別、學制、班級、學號、姓名。再分段陳述】。

學年度成績證明正本 1 份

戶口名簿影本 1 份

金融機構存簿封面影印本。

導師初審推薦

①學習：

②品性：

③生活言行：

④人際關係：

簽章：

審查會議複審建議	台南新樓醫院核定
複審結果： <input type="checkbox"/> 正取- <input type="checkbox"/> 備取- <input type="checkbox"/> 不錄取 領取學年： 學年- 學年 (計 學年) 護理部部長：	核定結果： <input type="checkbox"/> 正取- <input type="checkbox"/> 備取- <input type="checkbox"/> 不錄取 院長：

* 請詳閱本項菁英獎助金實施辦法，填報此申請表者，視為同意實施辦法載述之內容。