

# 馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書

姓 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 年 月 日	年 月 日	照 片 黏 貼 處
身分證字號			戶 籍 地		
聯絡電話	電話：_____ 手機：_____				
戶籍地址					
聯絡地址					
電子信箱 (請勿潦草)					
就讀學校	<input type="checkbox"/> _____ 學校 護理系/科 ( <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 專科) <input type="checkbox"/> 馬偕護理管理專科學校護理科				
年 級			班 級		
學業成績 70 以上		實習成績 75 以上		操行成績 75 以上	
欲申請獎助學金期間： <input type="checkbox"/> 申請二學年(服務二年) <input type="checkbox"/> 申請一學年(服務一年)					
請您依意願勾選工作的院區 <input type="checkbox"/> 均可 <input type="checkbox"/> 台北院區(含兒醫) <input type="checkbox"/> 淡水院區 <input type="checkbox"/> 新竹院區 (含竹兒醫) <input type="checkbox"/> 台東院區 註：派任會優先考慮填寫意願，但仍會以年度到職時之院區及科別出缺狀況調整。					
檢附資料： <input type="checkbox"/> 馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書 <input type="checkbox"/> 前一年成績證明書(二技生請附五專實習成績) <input type="checkbox"/> 馬偕醫院獎助金申請推薦函			護理學系(科)主任 簽章		
審核結果： <input type="checkbox"/> 審核通過 <input type="checkbox"/> 審核不通過			護理部主任簽章		