

中國醫藥大學北港附設醫院
優秀學生獎助金申請表

附件一

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請日期		3 個 月 近 照
身份證字號		出生年月日		
聯絡電話	手機： 住家：			
聯絡地址	戶籍地址： 通訊地址：			
e-mail				
就讀學校/				
申請補助年級 (可複選)	<input type="checkbox"/> 大學三年級 <input type="checkbox"/> 大學四年級 <input type="checkbox"/> 五專四年級 <input type="checkbox"/> 五專五年級 <input type="checkbox"/> 四技三年級 <input type="checkbox"/> 四技四年級 <input type="checkbox"/> 二技二年級			
在學成績	學業成績	操行成績	實習成績	
上學期				
下學期				
檢附資料	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 在學成績證明影本 <input type="checkbox"/> 自傳			
備註：申請表及相關資料請郵寄： 651 雲林縣北港鎮新德路 123 號 中國醫藥大學北港附設醫院 護理部 收 電話 05-7837901 分機 1194 或 1195				