高雄醫學大學附設高醫岡山醫院

Kaohsiung Medical University GangShan Hospital

護理科系最高年級學生獎助學金申請表

一.基本資料: (請務必留意:以 A4 格式雙面列印成一張(勿單面列印)並簽名)

申請制度	□115 下學年度獎助學金申請 □116 全學年度獎助學金申請				編號	(護理部填寫)	
申請者姓名		性別	□男□女	出生地		填表日期	/ /
身份證字號		生日	年 月 日( )歲			* (限 250KB 以內) 照片 (勿用生活照)	
地址 戶籍地址				聯絡電話(日)			
地址 通訊地址				聯絡電話(夜)			
行動電話		*e-mail					
*緊急聯絡人		關係		行動電話: /電話( )			
身心障礙手冊	□無 □有，類別：			原住民身份	□無 □有，族名：		
兵役狀況	□役畢 □待役 □未役 □免役，原因：						
是否有親友任職本院：	□否 □是 關係( ) 服務單位：						
*健康情況	身高 cm	體重 kg		視力 □正常、□左眼 近/遠 度、 □右眼 近/遠 度			
抽煙：□有，一天___或__包，□無 檳榔：□有，□無 喝酒：□有，□無							
【本醫院致力推動無菸檳職場，全面實施禁止吸菸(包含電子煙)及嚼食檳榔】							
慢性病史 (B 型肝炎、肺結核等)	□有 疾病名稱： □無			家族病史 (糖尿病、高血壓等)	□有 疾病名稱： □無		

二.教育背景/在校成績

就讀學校	系所科別	學制	畢業修業
		□大學 □四技 □二技 □五專	年 月到 年 月

在校成績：

學期	學期總成績	操行成績	實習成績 ※無實習成績可免填	備註
一上				※115 下學年度獎助學金 在校學期成績 大學/四技：一上下、二上下、三上下、四上 二技：一上下、二上 五專：一上下、二上下、三上下、四上下、五上 ※116 全學年度獎助學金 在校學期成績 大學/四技：一上下、二上下、三上下 二技：一上下 五專：一上下、二上下、三上下、四上下
一下				
二上				
二下				
三上				
三下				
四上				
四下				
五上				

三.專業證照*(若未填寫，以未具備認定)

護理師證書 * 二技生須具備護理師證書	證書號碼	取得日期	
		_____ _____ _____	
*非護理師證照名稱	執照號碼	執照日期	有效期限

四、個人自傳*

限1000字以內。(至少需500字以上1000字以內)
*自傳內容需包含：(1)請簡述您的家庭背景、學經歷過程與心得。（2）未來工作期待(對未來工作重點之瞭解、發展抱負、工作的企圖心及工作目標)（3）個人生涯規劃(包括自我人格特質及自我優/缺點)。

本人在此慎重聲明，本申請表所填各項資料均由本人自願填寫，且所填內容均屬實。本人同意貴院於核定獎助對象或面試通知後，得向本人就讀學校、導師或相關證照發證機構查核資料。若有虛偽、隱瞞或不實情事，一經查獲屬實，本人願依切結書規定歸還獎助學金，並接受本院依相關規定處理。

本人簽名：_____ _____年_____月_____日

註：若經書面審查達標準者，屆時通知面試時，需攜帶學生證及專業證書正本(二技須提供)供查核，查核完畢歸還。

系(所)辦公室審查章：

醫院審核結果

□審核通過	**□審核不通過**	**審查者簽名：**

檢附資料查檢表

☐護理科系最高年級學生獎助學金申請表

☐身分證/學生證正反影本

身分證正反影本黏貼處(須有學校教務處或註冊組戳章以茲證明)	
身分證正面影本	身分證反面影本

學生證正反影本黏貼處(須有學校教務處或註冊組戳章以茲證明)	
學生證正面影本	學生證反面影本

☐成績證明(歷年學期成績單正本)

☐護理師證書(二技者需檢附)

☐導師或實習指導老師推薦書乙份