

天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院

獎助學金申請表(附件一)

姓名		出生日期	民國__年__月__日	照片黏貼處 (兩吋照片)
身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
聯絡市話	( )	聯絡手機		
戶籍地址	□□□			
聯絡地址	□□□			
就讀學校		電子信箱		
學制	<input type="checkbox"/> 四年制 <input type="checkbox"/> 五年制 <input type="checkbox"/> 六年制	年級		
學期成績 (總平均)	學業 成績	第一學期__分	操行 成績	第一學期__分
		第二學期__分		第二學期__分
藥師證照	<input type="checkbox"/> 有，取得日期：民國__年__月。 <input type="checkbox"/> 尚未取得，預計考試日期：民國__年__月。			
檢附申請人資料： <input type="checkbox"/> 獎助學金申請表(附件一) <input type="checkbox"/> 獎助學金合約書(附件二)(壹式參份) <input type="checkbox"/> 前一學年成績證明書 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 學生證正反面影本 <input type="checkbox"/> 銀行存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 其他證明：_____		是否曾經申請本院獎助學金： <input type="checkbox"/> 是，民國__年__月申請，此為第__次申請。 是否申請其他醫院獎助學金： <input type="checkbox"/> 是，_____。 <input type="checkbox"/> 否。		
本人已詳閱天主教聖馬爾定醫院「藥師人員就業菁英班」培訓合約書，據實填寫個人資料並同意院方對資料內容進行查核及人力資料庫使用。若有虛偽造假之情事，本人願接受終止申請、錄取資格等相關權利；若經查核不實，院方有權並視情況採取法律途徑。				
申請人簽章：_____申請日期：民國_____年_____月_____日 藥學科系主任簽章：_____日期：民國_____年_____月_____日				
(以下資料由天主教聖馬爾定醫院填寫)				
審核意見欄	藥劑科	人力資源科	會計科	院長室
	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過