

財團法人高青愿紀念慈母文教公益基金會

康是美藥學系學生獎學金申請辦法

- 一、 主旨：「財團法人高青愿紀念慈母文教公益基金會」，為鼓勵品學兼優之藥學系在校學生敦品勵學，設立「康是美藥學系學生獎學金」（以下簡稱本獎學金）。
- 二、 獎助名額：本獎學金提供本校藥學系學士班三年級以上學生每學年20名為上限。
- 三、 獎助金額：每名新台幣12,000元
- 四、 申請資格：
 - (一) 學年(上、下兩學期)總平均成績需達75分或B(含)以上，操行達80分(含)以上，申請及獲獎時須具備學籍者
 - (二) 參加康是美藥局實習計畫者優先推薦
 - (三) 該年度未受領公費或其他獎學金者
 - (四) 具社團幹部經驗尤佳，可於自傳中簡述
- 五、 申請方式：
 - (一) 由班導師推薦符合上述申請資格者
 - (二) 繳交資料：
 - 1.申請書
 - 2.前一學年(含上、下兩學期)成績證明
 - 3.教授推薦信
 - 4.自傳及有利於審查之資料。
 - (三) 本獎學金每年舉辦一次，申請辦法於每年9月提供學校進行公告，申請日期自公告日起受理至當年度10/15截止。
- 六、 獲領本獎學金之學生保障其參加康是美藥局實習計畫之名額，另外，畢業後至康是美應徵求職，具優先錄用之資格，並承認實習期間之年資。

財團法人高青愿紀念慈母文教公益基金會

康是美藥學系學生獎學金申請書

➤ 僅依個人資料保護法之規定，告知下列事項，請申請人於填寫申請資料前務必詳閱：
 一、本公司蒐集下列資料僅作為康是美藥學系學生獎學金審查暨發放之用，對於內容所揭之個人資料不會作為其他用途。
 二、申請資料自受理截止日起滿三年銷毀；領據自受理截止日起滿七年銷毀。
 本人已閱讀且同意，簽名：_____

基本資料

學校		年級/班別	_____年級/ 班別_____
申請人	出生年月日	身分證字號	
通訊地址			
手機號碼	Email 信箱		
銀行帳戶	銀行代號	分行代號	銀行帳號 (位數不足 14 位者，請從左邊填起，不須補 0)

資格審查

學業成績	操行成績	全科目皆及格	曾參加康是美實習	該年度未受領公費或其他獎學金	檢附資料 (請勾選)
_____分	_____分	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 成績證明 <input type="checkbox"/> 教授推薦信 <input type="checkbox"/> 自傳 <input type="checkbox"/> 其他：

學生證黏貼處(正反面)

<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; width: 90%; margin: 0 auto; padding: 10px;"> <p style="font-size: 1.2em;">正面</p> <p style="font-size: 1.2em;">(請浮貼)</p> </div>	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; width: 90%; margin: 0 auto; padding: 10px;"> <p style="font-size: 1.2em;">反面</p> <p style="font-size: 1.2em;">(請浮貼)</p> </div>
---	---

存摺影本黏貼處

審核結果 (系辦公室填寫)

<input type="checkbox"/> 推薦 <input type="checkbox"/> 不推薦	推薦老師簽名
--	--------

NO :

領 據

茲收到 財團法人高清愿紀念慈母文教公益基金會 第
_____學年度康是美藥學系學生獎學金新台幣_____元整。

此據

領款人姓名：

蓋章：



身分證字號：

地 址：_____

中華民國 年 月 日