

# 童綜合醫療社團法人童綜合醫院

## 藥學生獎助學金申請表(首次申請)

基本資料				
姓名		出生年月日		照片黏貼處
身分證字號		性別		
戶籍地址				
聯絡地址				
連絡電話	電話： 手機：		電子信箱	
學校全名		預計畢業日期	年	月
			日	
資料審查				
學期成績	學業	上學期：          分	操行 成績	上學期：          分
	成績	下學期：          分		下學期：          分
檢附資料	<input type="checkbox"/> 藥學生獎助學金申請表 <input type="checkbox"/> 前兩學期成績證明正本 <input type="checkbox"/> 通過第一階段國考證明 <input type="checkbox"/> 近一年內脫帽半身照 1 吋一張 <input type="checkbox"/> 學生證正反面影本 <input type="checkbox"/> 存摺影本			
<p>本人同意將本次申請相關資料提供童綜合醫院做為獎助學金之審核及核發之依據，若有造假不實情事，本人願接受終止申請及錄取資格等相關權利，童綜合醫院有權視情況採取法律途徑。</p>				
申請人簽名：		中華民國：          年          月          日		

師長推薦意見：

師長簽名：

中華民國： 年 月 日

自我介紹：(600 字以上，含成長過程、求學經歷、興趣專長、在校表現、生涯規劃)

<p>學生證影本 正面黏貼處 (浮貼即可)</p>	<p>學生證影本 反面黏貼處 (浮貼即可)</p>
<p>申請人金融機構封面影本黏貼處 (浮貼即可)</p>	
<p>文件審核結果</p>	

以下資料由童綜合醫療社團法人童綜合醫院填寫

人資室	藥劑部
<p><input type="checkbox"/>初審通過</p> <p><input type="checkbox"/>初審不通過，意見：</p>	<p><input type="checkbox"/>複審通過</p> <p><input type="checkbox"/>複審不通過，意見：</p>