

附件一

天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院
「護理公費生培育暨獎助學金申請書」

申請人	姓名		性別		出生日期	民國 年 月 日	照片黏貼處	
	身分證字號		法定代理人姓名/關係	/				
	申請人電話	電話： 手機：	法定代理人電話	電話： 手機：				
	戶籍地址							
	聯絡地址							
申請學生填寫本欄	學校名稱		學制	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技				
	年級	_____年級		專業證照	<input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> BLS <input type="checkbox"/> ACLS <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	在校學業總平均成績	_____分		在校德育(操行)總平均成績	_____分			
<p>本人欲申請羅東聖母醫院公費生獎助學金，期間： 自 _____ 學年 _____ 學期 起 至 _____ 學年 _____ 學期 止，合計 _____ 學期。 並已知悉接受本培育計畫應盡之義務，願接受履行服務期間之相關規定。</p> <p style="text-align: center;">申請人簽名： 法定代理人簽名：</p>								
<p>檢附資料： <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 師長推薦函 <input type="checkbox"/> 成績證明書</p>								
<p>羅東聖母醫院護理公費生培育獎助學金申請審核結果：</p> <p><input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過，原因： _____</p> <p style="text-align: right;">護理部主任簽章： 年 月 日</p>								