

新竹馬偕紀念醫院暨新竹市立馬偕兒童醫院補助護理(科)系學生獎助金申請表

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 年月日	照片黏貼處	
身分證字號	戶籍地			
聯絡電話	電話： 手機：			
戶籍地址				
聯絡地址				
電子信箱				
就讀學校	<input type="checkbox"/> _____ 學校護理科 _____ 年級 <input type="checkbox"/> _____ 護理系 (<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技) _____ 年級			
年級			班級	
學業成績		實習成績	操行成績	
欲申請獎助學金期間： <input type="checkbox"/> 申請一學年(服務一年) <input type="checkbox"/> 申請一學年(服務二年)				
檢附資料： <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 前一學年成績證明書（二技生請附五專實習成績） <input type="checkbox"/> 護理師證書影本		護理學系(科)主任 或班導師簽章		
審核結果 <input type="checkbox"/> 審核通過 <input type="checkbox"/> 審核不通過		護理部主任簽章		