

澄清綜合醫院
院校建教合作助學金申請表

學生姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生年月日	民國 年 月 日
就讀學校		班級		畢業日期	民國 年 月 日
戶籍地址				身分證字號	
連絡地址				連絡電話	()
				手機號碼	
E-MAIL					
家長姓名	父 親			母 親	
申請補助年限【請自行勾選】 ☐ 五專四年級（補助二年） ☐ 五專五年級（補助一年） ☐ 二技一年級（補助二年） ☐ 二技二年級（補助一年）					
檢附文件【請自行勾選】 ☐ 1.助學金申請表 ☐ 2.身分證正/反面影本(含本人及父母) ☐ 3.學生證正/反面影本 ☐ 4.前一學期成績單正本或蓋學校章戳之成績單影印本 ☐ 5.存摺封面影印本 ☐ 6.其他檢附文件(請說明)_____					
申請學生簽名：				申請日期： 年 月 日	
護理部督導簽核：			護理部主任簽核：		

