

110 學年度優秀護理學生獎助學金

姓 名		身分證字號		照 片
學校/科系			年級	
戶籍地址	-			
通訊地址	☐ 同上 -			
E-mail				
聯絡電話	住宅：	手機：	永久聯絡電話： (務必要填)	
緊急聯絡人	父親： 電話：	☐ 存 ☐ 歿	母親： 電話：	☐ 存 ☐ 歿
以下資料由學校提供				
系(所)主任意見	系(所)/職稱： / 聯絡電話： 推薦事由： (另需檢具推薦函) 系(所)主任簽名：			
成 績	※最近二學期成績 ____學年度____學期學業成績：____分；實習成績：____分； ____學年度____學期學業成績：____分；實習成績：____分； 操行(德育)成績：____分 或 _____等（畢業前一年學生適用）			
附 件	☐ 1.成績單正本(需註明 <u>班級排名</u>) ☐ 2.已完成註冊章戳印之學生證影本 ☐ 3.身分證正、反面影本 ☐ 4.其它有助於申請獎學金之證照或獎狀等附件(如：TOEIC) ※依次序裝訂於左上角			

※寄件地址：110 臺北市信義區吳興街 252 號-臺北醫學大學附設醫院護理部

受理編號：