**馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | □男 □女 | 出 生年月日 |  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**(請勿潦草) |  |
| 就讀學校 | □ 學校 護理系/科 (□大學 □二技 □四技 □專科) □馬偕護理管理專科學校護理科 |
| 年級 |  | 班級 |  |
| 學業成績70以上 |  | 實習成績75以上 |  | 操行成績75以上 |  |
| **欲申請獎助學金期間：**□ **申請二學年(服務二年)** □ **申請一學年(服務一年)**  |
| **請您依意願勾選工作的院區**□ **均可** □ **台北院區(含兒醫)** □ **淡水院區** □ **新竹院區 (含竹兒醫)** □ **台東院區****註：派任會優先考慮填寫意願，但仍會以年度到職時之院區及科別出缺狀況調整。** |
| **檢附資料**：* **馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書**
* **前一年成績證明書(二技生請附五專實習成績)**
* **馬偕醫院獎助金申請推薦函**
 | 護理學系(科)主任簽章 |  |
| **審核結果**： □審核通過 □審核不通過 | 護理部主任簽章 |  |