

附件一：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

115學年「醫檢晨曦獎助金」申請表

申請日期：____年____月____日

申請人	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	最近半年內二吋照片	
	手機號碼		身份證字號		
	戶籍地址	□□□				
	通訊地址	□□□ <input type="checkbox"/> 同戶籍地址				
	電子信箱					
	是否曾受領慈濟基金會獎助學金： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無					
本次申請獎助金期間：自____學年起至____學年止						
就讀學校	就讀學校名稱					
	校 址					
	目前就讀	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所	科系	_____科系		
			年級	_____年級		
	學業成績 (二技/研究所一年級學生請填畢業總平均)	第一學期總平均	分	操行成績	第一學期	分
	第二學期總平均	分	(二技/研究所一年級學生請填畢業總成績)	第二學期	分	
	畢業總平均	分		畢業操行總成績	分	
備註：						
班導師確認簽名：						
日期： 年 月 日						

申請人基本資料：

申請人身分證正面影本	申請人身分證反面影本
申請人學生證正面影本	申請人學生證反面影本

送審文件清單

項	目	份數	請勾選
A*	115 學年「醫檢晨曦獎助金」申請表	1 份	<input type="checkbox"/>
B*	115 學年「醫檢晨曦獎助金」推薦書(兩位老師與申請人)	1 份	<input type="checkbox"/>
C*	<input type="checkbox"/> 114 學年成績 / <input type="checkbox"/> 畢業總成績 證明 (請勾選送審項目)	1 份	<input type="checkbox"/>
D*	個人資料保護法應告知事項暨同意書	1 份	<input type="checkbox"/>
E	備審資料 (若已具醫事檢驗師證書者, 請檢附證書影本)	1 份	<input type="checkbox"/>

註： A~D 項為必要送審項目，請**確認送審文件清單之各項文件內容填寫完整，並確認份數正確**，於 115 年 9 月 30 日前(以郵戳為憑)，以掛號寄到花蓮市中央路三段 707 號慈濟醫院大愛樓二樓檢驗醫學科收。