

NO. \_\_\_\_\_

## 財團法人臺灣醫學發展基金會學生獎助金申請書

姓 名		性 別		貼照片處 (背面請寫姓名)								
身分證字號		出生日期										
地 址	戶籍住址：											
	通訊住址：											
就 讀 學 校			醫學系	年級 班								
檢附文件： <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 自傳</td> <td><input type="checkbox"/> 未領取其他獎助學金證明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 推薦表</td> <td><input type="checkbox"/> 學生證影本</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上學年總成績單</td> <td><input type="checkbox"/> 身分證影本</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 清寒證明</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 自傳	<input type="checkbox"/> 未領取其他獎助學金證明	<input type="checkbox"/> 推薦表	<input type="checkbox"/> 學生證影本	<input type="checkbox"/> 上學年總成績單	<input type="checkbox"/> 身分證影本		<input type="checkbox"/> 清寒證明
<input type="checkbox"/> 自傳	<input type="checkbox"/> 未領取其他獎助學金證明											
<input type="checkbox"/> 推薦表	<input type="checkbox"/> 學生證影本											
<input type="checkbox"/> 上學年總成績單	<input type="checkbox"/> 身分證影本											
	<input type="checkbox"/> 清寒證明											
推薦單位(系)主管資料 服務單位： _____ 職稱： _____ 通訊地址： _____ 通訊電話： _____ 傳真： _____ 簽名蓋章： _____												

申請人： \_\_\_\_\_ (簽章)

中華民國： 年 月 日