

附件一：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

114學年「醫檢晨曦獎助金」申請表

申請日期：____年____月____日

申請人	姓名		☐ 男 ☐ 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	□□□ □ 同戶籍地址						
	電子信箱							
	是否曾受領慈濟基金會獎助學金： ☐ 是 ☐ 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	☐ 五專 ☐ 四技 ☐ 二技 ☐ 大學 ☐ 研究所	科系 年級	____科系 ____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 (二技／研究所 一年級學生請 填畢業總成績)	第一學期		分
		第二學期總平均		分		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*	114 學年「醫檢晨曦獎助金」申請表	1 份	☐
B*	114 學年「醫檢晨曦獎助金」推薦書(兩位老師與申請人)	1 份	☐
C*	☐ 113 學年成績 / ☐ 畢業總成績 證明 (請勾選送審項目)	1 份	☐
D*	個人資料保護法應告知事項暨同意書	1 份	☐
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	☐

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 114 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。