附件一 **戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院-獎助學金申請表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生姓名 |  | 性 別 | □男 □女 | 照片（1吋） |
| 出生日期 | 年 月 日  | 身份字號 |  |
| 電 話 | ( ) | 手 機 |  |
| 學校名稱/班級 |  | 學 制 | □二技 □大學  |
| 重大/慢性疾病 | □無□有  | 服用藥物 | □無□有  |
| 證照 | 已具備\_\_\_\_\_\_\_\_證照(ex：護理師、護士) | **預計**到職日 |  年 月 日 |
| 家長姓名 |  | 家長電話 |  |
| e-mail |  |
| 聯絡地址 | 戶籍地址：居住地址： |
| 操行成績(80) |  | 學業成績(75) |  | 實習成績(75) |  |
| 在校期間曾選擇至本院進行□基礎實習 □重症實習 □其他  |
| 申請人簽章/日期 |  |
| 該生是否為輔導關懷個案(系主任勾選) | □是 □否 | 系主任簽章/日期 |  |
| 審 核 結 果 (以下資料由醫院填寫) |
| 呼吸治療室 | □通過 ； □不通過意見： 呼吸治療室組長簽名：  |
| 人力資源室 | □通過 ； □不通過意見：審核小組簽名： 人力資源室主任簽名： |