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： | | | | | | | | |