

新生醫護管理專科學校

109 學年度第 2 學期原住民族學生共讀獎勵金及學習進步獎學金 申請書

學習夥伴(協助者)					
學生姓名		出生年月日		族別	
系別		班級		學號	
身分證字號		聯絡電話		性別	
學業成績		班級排名	個人排名/班級人數		
學習者(被協助者)					
學生姓名		出生年月日		族別	
系別		班級		學號	
身分證字號		聯絡電話		性別	
學業成績		班級排名	個人排名/班級人數		
以下部分由審查單位填具，申請人勿填寫。					
繳驗 證件	<input type="checkbox"/> 申請書。 <input type="checkbox"/> 前一學期總成績百分制成績證明正本或影本。(<input type="checkbox"/> 協助者 <input type="checkbox"/> 被協助者)				
是否申請「高教深耕-護理科互助暨學習進步獎勵金計畫」？協助者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；被協助者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否申請「江許筭文教基金會原住民男護理師育才計畫」(男丁格爾計畫)？協助者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；被協助者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 身分檢核:協助者 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 ；被協助者 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 審核評比結果： <input type="checkbox"/> 入選 <input type="checkbox"/> 未入選 未入選原因： <input type="checkbox"/> 成績未達標準 <input type="checkbox"/> 資格不符 <input type="checkbox"/> 額滿 <input type="checkbox"/> 其他:					

承辦人：