|  |
| --- |
| **醫社人夢想起飛獎學金 申請表** |
| 申請人 | 姓名 |  | 性別 |  □男 □女 |
| 系級 |  年級 | 學號 |  |
| 聯絡電話 | 住宅：手機： | e-mail |  |
| 身分證字號 |  |
| 彰化銀行(郵局)帳號 | 局號 |  |  |  |  |  |  |  | 帳號 |  |  |  |  |  |  |  |
| 應繳證件 | * + 申請表（請用繕打）
	+ 助人計畫書
	+ 歷年成績單正本（前一學期成績總平均未達60分者不得申請）
	+ 家庭年所得資料（家戶年收入超過300萬元者不得申請）
 |
| 助人計畫摘要（五百字以內） | （包括：計畫名稱、服務時程、協助對象與人數、協助地點、預期成果等） |
| 本人同意獲獎後提供基本資料供捐款人備查 申請人 簽名： |