

財團法人高青愿紀念慈母文教公益基金會 康是美藥學系學生獎學金申請書

- ▶ 僅依個人資料保護法之規定，告知下列事項，請申請人於填寫申請資料前務必詳閱：
 一、本公司蒐集下列資料僅作為康是美藥學系學生獎學金審查暨發放與康是美藥局實習、就業之用，對於內容所揭之個人資料不會作為其他用途。
 二、申請資料自受理截止日起滿五年銷毀；領據自受理截止日起滿七年銷毀。

本人已閱讀且同意，簽名：_____

基本資料

學校				年級/班別	_____年級 / 班別_____			
申請人	出生年月日			身分證字號				
通訊地址								
手機號碼				Email 信箱				
銀行帳戶	銀行代號	分行代號	銀行帳號 (位數不足 14 位者，請從左邊填起，不須補 0)					

資格審查

學業成績	操行成績	全科目皆及格	曾參加康是美實習	通過藥師一階國考	該年度未受領公費或其他獎學金	檢附資料 (請勾選)
_____分	_____分	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 成績證明 <input type="checkbox"/> 教師推薦信 <input type="checkbox"/> 自傳 <input type="checkbox"/> 其他：

審核結果 (系辦公室填寫)

<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	學系證明章
---	--------------

※學生證影本、存摺影本請貼下頁

學生證影本黏貼處(正反面)

正面
(請浮貼)

反面
(請浮貼)

存摺影本黏貼處

NO:

領 據

茲收到 財團法人高清愿紀念慈母文教公益基金會 第
_____學年度康是美藥學系學生獎學金新台幣_____元整。

此據

領款人姓名：

蓋章：



身分證字號：

地 址：_____

中華民國 年 月 日