

# 財團法人高青愿紀念慈母文教公益基金會

## 康是美藥學系學生人才培育獎學金申請書

- 本人已詳閱「康是美藥學系人才培育獎學金辦法」，並據實填寫個人資料。本人同意康是美對資料內容進行查核及人力資料庫使用，若有虛偽造假之情事，本人願接受終止申請資格、錄取資格等相關權利。若經查不實，應賠償因其行為所造成基金會或康是美之損害及承擔一切法律責任。
- 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面試、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							年制/年級	_____年制 / _____年級										
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	上學期		下學期		檢附資料(請勾選)													
	_____分		_____分		<input type="checkbox"/> 前一學年上、下學期成績證明 <input type="checkbox"/> 藥師一階國考及格證明 <input type="checkbox"/> 教師推薦信 <input type="checkbox"/> 自傳 <input type="checkbox"/> 其他：													
操行成績	上學期		下學期															
	_____分		_____分															
審核結果 (系辦公室填寫)																		
<input type="checkbox"/> 符合  <input type="checkbox"/> 不符合						<b>學系證明章</b>												

※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