財團法人高清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

- 本人已詳閱「康是美藥學系學生獎學金辦法」，並據實填寫個人資料。本人同意財團法人高清愿紀念慈母文教公益基金會(下稱基金會)及統一生活事業股份有限公司(以下簡稱康是美)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，本人願接受取消或終止申請資格、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。
- 謹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、基金會與康是美蒐集下列資料僅作為康是美藥學系學生獎學金申請審查暨發放獎學金與相關訊息聯繫及行政作業之用，對於內容所揭之個人資料不會作為其他用途。
  二、錄取者申請資料自受理截止日起滿五年銷毀；若未經基金會與康是美核發獎學金者，所提供個人資料(含事先簽具之領據)將於錄取公告 6 個月內由康是美銷毀。
- 您得向基金會或康是美行使查詢閱覽、複製、補充、更正、刪除或停止蒐集、處理或利用您個人資料之權利；且您清楚瞭解如您不同意提供個人資料或要求刪除或停止蒐集、處理或利用您的個人資料時，基金會或康是美將因此無法提供獎學金或就業面試機會等。
- 本人經錄取者，□同意／□不同意(如未勾選則視為不同意)康是美不定期提供人才培育、招募等相關資訊。

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、下學期平均)	操行成績 (上、下學期平均)	全科目皆及格	具康是美藥局實習或工讀經驗	該年度未受領公費或其他獎金	檢附資料 (請勾選)
_____分	_____分	□ 是 □ 否	□ 是 □ 否	□ 是 □ 否	□成績證明 □老師推薦信 □自傳 □通過藥師一階國考證明 □其他：

學生證黏貼處(正反面)
正面 (請浮貼)　　反面 (請浮貼)
存摺影本黏貼處

審核結果 (系辦公室填寫)		
□推薦　□不推薦	推薦老師簽名或蓋系辦戳章	

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

115 學年度康是美藥學系學生獎學金新台幣壹萬貳千元整。

此據

領款人姓名：　　蓋章：　　印

身分證字號：

地　　址：_____

_____

中華民國　　年　　月　　日

一、本領據僅作為**錄取者**，提供基金會核帳發放獎金證明用。
二、本收據請先填寫並簽名蓋章，如未錄取，本領據將由康是美統一與您所提供的申請資料於錄取公告日起 6 個月內一併銷毀，不作其他任何用途。