

附件一

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
東南亞國家醫藥衛生人才培育獎助學金申請表

學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女	照片（1 吋）	
出生日期	年 月 日	護照字號			
電 話	()	手 機			
學校名稱/科系		學 制	☐ 四技 ☐ 大學		
重大/慢性疾病	☐ 無 ☐ 有 _____	服用藥物	☐ 無 ☐ 有 _____		
_____證照	☐ 預計 年 月考試	預計到職日	_____年 _____月 _____日		
家長/監護人姓名		家長/監護人電話			
e-mail					
聯絡地址	戶籍地址： 居住地址：				
新生免附成績證明，憑錄取通知即可申請；第二學期起首次申請者需檢附成績證明。					
操行成績(80)		學業成績(75)		實習成績(75)	
在校期間選擇至本院進行 ☐ 最後一哩選習 ☐ 其他 _____					
申請人簽章/日期					
該生是否為輔導關懷個案(系主任勾選)	☐ 是 ☐ 否	系主任簽章/日期			
審 核 結 果 (以下資料由醫院填寫)					
審核單位 ☐ 醫教副院長 ☐ 護理部 ☐ 醫事部 ☐ 口腔醫學部 ☐ 其他(____)	☐ 通過 獎勵金額 _____ 元 ； 核定發放期間 _____ 學年 _____ 學期 ~ _____ 學年 _____ 學期 ☐ 不通過 意見： 審核小組簽名： 審核單位主管簽名：				
人力資源室	☐ 通過 ； ☐ 不通過 意見： 審核小組簽名： 人力資源室主任簽名：				

附件二

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

獎助學金申請-牧長推薦函

一、申請人姓名：

二、推薦人姓名：

三、就以下六大項目，您對此學生評價？（請勾選）

項目	特優	優	可	尚可	不佳	不清楚
品格						
人際關係						
努力程度						
團隊合作						
溝通能力						
發展潛能						

四、您推薦此學生的具體理由（若篇幅不夠請自行檢附於推薦函表格後）

*該生是否患有重大/慢性疾病：☐無 ☐有，罹患_____

*該生是否有長期服用藥物：☐無 ☐有，服用_____

本人確認上述內容屬實

推薦人簽名：

/連絡電話：

任職教會/職稱：

日期：_____年_____月_____日

備註：填妥後請密封並於封口簽名交給申請人