

清泉醫院獎學金申請表

申請人基本資料							
申請人姓名：			生日：民國 年 月 日			性別： ☐ 男 ☐ 女	
身分證字號：			通訊住址：				
聯絡電話 (請留可以 連絡到人的 電話)	家用：		就 讀 學 校				
	手機：		班 級		年 班		
申請人家庭組成 (含兄弟姊妹、同居之祖父母)							
親 屬 稱 謂	姓 名	存 歿	年 齡	健 康 狀 況 正 常 疾 病 殘 障			就 業 單 位 或 就 讀 學 校
申請人家庭狀況說明 (請簡述父母及兄弟姊妹狀況、本人就學及其他特殊狀況…等)							

*申請書及附件恕不退還，本院將尊重個資予以嚴格保密

學生簽名：(必填)

申請日期： 年 月 日 (必填)

清泉醫院第 17 屆獎學金申請辦法

一、目的：

本院秉持回饋社會理念與鼓勵地方學子勤奮向學、勵志向上精神，特訂定本辦法。

二、獎勵對象：

同時具備下列三項資格者：

- (一) 中低收入戶或父母其一(或本人)持有身心障礙手冊者
- (二) 112 學年度上學期學業成績平均達 80 分以上，且未受小過以上之處分。
- (三) 設籍於臺中市大雅區、潭子區、神岡區之國中學生。
 - 1. 成績分數相同者，依國文、數學、生物/理化順位為評量標準。
 - 2. 111 學年度未受獎過之學生為優先錄取。

三、獎助名額及獎勵：

- (一) 獎學金：錄取 20 名，每名頒發獎學金新台幣 3000 元。
- (二) 獎狀乙只。

四、申請辦法：

- (一) 申請日期：113 年 2 月 01 日至 3 月 15 日，以郵戳為憑，逾期恕不受理。
- (二) 繳交文件：

- 1. 申請表乙份。
- 2. 成績證明書乙份，影本須加蓋學校或教務處戳記。
- 3. 申請人戶籍證明影本乙份(如戶口名簿等)。
- 4. 中低收或身障證明影本乙份(以區公所核發證明為主)。
- 5. 獎懲紀錄乙份。

- (三) 填具需繳交文件後，逕寄本院申請。

郵寄地址：42854 臺中市大雅區雅潭路 4 段 80 號『清泉獎學金專案』收。

- (四) 錄取名單將於 113 年 4 月 1 日公佈於本院網站，並電話通知受獎者，另頒獎典禮當日若無法出席領獎，則視為棄權。

- (五) 頒獎：

- 1. 時間：113 年 4 月 13 日(星期六)上午 0900 時。
- 2. 地點：本院 9 樓第一會議室。
- 3. 頒獎典禮歡迎家長或親友陪同。

備註：「獎學金申請表」請上清泉醫院網站下載(網址：www.ching-chyuan.com.tw)或親洽清泉醫院社區健康中心(B1F)04-25605600 轉 2109 或 2222 。