

國泰世華銀行文化慈善基金會 代辦
 台北市身心障礙服務推展協會 承辦

泓陞慈善腦性麻痺獎助學金申請表

◎是否願意收到本會各項活動訊息? 是 否 *請配合勾選

編號	本欄勿填	申請日	103年 月 日	組別	<input type="checkbox"/> 國中組 <input type="checkbox"/> 高中(職)組		
申請人資料 (資料請完整填寫)	姓名		性別		校名		
	與學生關係				科系	科 年級	
	聯絡電話 【一定要留哦】	日:			姓名	性別	
		夜:			身份證字號	姓名是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		行動:			出生年月日	照片是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	聯絡地址	□□□□□		聯絡電話	日: 行動:		
	E-MAIL			聯絡地址	□□□□□		
老師姓名			E-MAIL				
老師聯絡電話							
102學年度總成績	學業		高中職組操行		低收入戶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
國中組日常生活表現			※若無等第者以日常生活表現描述概況				
學生概況或特殊專長補充: (務必填寫,若無任何描述則以其他申請案件為優先;若不敷使用,請另以A4規格填寫為主)							
※文件: <input type="checkbox"/> 學生證影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 <input type="checkbox"/> 102學年度成績證明單正本 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明(若無免附件) <input type="checkbox"/> 特殊專長證明 <input type="checkbox"/> 其他							
※以下由審查機關填寫,申請人勿填: 台北市身心障礙服務推展協會 國泰世華銀行文化慈善基金會 通過 不通過 通過 不通過							
核准日期:103年 月 日		發予日:103年 月 日		收據號:			
備註:申請資料恕不退件,若未備齊者,恕不通知及受理。申請表請寄本會: 10873台北市萬大路437號3樓,台北市身心障礙服務推展協會收 本會聯絡電話:(02)2303-7629・2305-5423 聯絡人:執行秘書蔡瓊瑤							

本申請案件受理於即日起至103年9月22日止,逾期不再受理。若有任何疑問請來電詢問。