



醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

115 年度第 2 次獎助學金 申請聲明暨文件檢核表

編號: -- (本會填寫)

☐公立高中職組 ☐公立高中職組-員工子女 ☐大專院校組 ☐大專院校組-員工子女 (*請務必勾選欲申請組別)

姓名 (正楷字)		出生日期	年 月 日	請貼兩吋相片
就讀學校		系 級 (班 別)		
身份證字號		電話		
※申請「員工子女組」請填寫下方欄位				
員工姓名/關係	☐ 父 ☐ 母	博愛醫院 員工編號		

應備文件檢核表(請確實完成檔案上傳)

必要/其他	應備文件	完成上傳者打(✓)
【必要】	兩吋大頭證件照	
【必要】	在學證明或學生證影本(須蓋有申請時該學期註冊章)	
【必要】	近三個月內全戶戶籍謄本(須有記事欄)	
【必要】	最近一學期之成績單(須有排名)	
【其他】	其他佐證資料(如:比賽成果資料、志願服務證明、低收入或中低收入證明、身心障礙證明(正、反面)、重大傷病證明、診斷證明書等)	

學校師長推薦聲明 ☐本人已完成線上師長推薦函，完成請打(✓)

推薦師長本人簽名: (此處需加蓋學校處室之戳記或關防)

申請人 聲明	1.本人保證上述所填各個事項及所附文件均為事實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。 2.本人同意申請通過，可將獲獎訊息公佈於相關網站。 申請人: (簽章) 家長或監護人: 未滿十八歲之學生 (簽章)
-----------	---

備註	1. 線上申請登錄連結: https://sites.google.com/view/pohai-scholarship 2. 本表請寄「26546 宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號 羅東博愛醫院社工課收」，信封上請註明「申請羅東博愛醫院獎助學金」。連絡電話: 03-9543131 轉 1087，聯絡人: 廖佳瑩社工師。 3. 申請截止日: 115 年 10 月 20 日，以本表郵戳及線上完成申請登錄時間為憑，超過時間或資料不齊全者恕不受理。 4. 本會預計於 115 年 11 月 30 日於官網公佈申請結果。獲獎者將以 E-mail 通知，請申請者確認所提供 E-mail 無誤；未獲獎者將不另行通知。 5. 本表及上傳資料恕不退件，惟本基金會將尊重個人機密予以嚴格保密。 6. 獎助學金典禮: 115 年 12 月 19 日(星期六)上午 10 時，獲獎者須出席。 7. 高中職組以學校統一推薦送件為主，自行送件者恕不受理。符合羅東博愛醫院員工子女，且欲申請員工子女助學名額者，請自行送件，提醒仍需上傳師長推薦函。
----	---

