



# 醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

## 113 年度第 2 次獎助學金 申請聲明暨文件檢核表

公立高中職組 大專院校組(請勾選組別)

編號: - (本會填寫)

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)		
身份字號	電話		

### 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(v)
<b>【必要】</b>	兩吋大頭證件照	
<b>【必要】</b>	在學證明或學生證影本(需蓋有申請時該學期註冊章)	
<b>【必要】</b>	近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄)	
<b>【必要】</b>	最近一學期之成績單(需有排名)	
<b>【其他】</b>	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、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(v)

推薦師長簽名:

(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： 未滿二十歲之學生 (簽章)

備註	<p>1. 線上申請登錄連結：<a href="https://sites.google.com/view/pohai-scholarship">https://sites.google.com/view/pohai-scholarship</a></p> <p>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。</p> <p>3. 申請截止日：<u>113 年 10 月 31 日</u>，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。</p> <p>4. 本會預計於 <u>113 年 11 月 29 日</u> 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。</p> <p>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。</p> <p><b>6. 獎助學金典禮：預計時間為 113 年 12 月，獲獎者須出席。</b></p> <p><b>7. 高中職組以學校推薦送件為主，自行送件者恕不受理。</b></p>	
----	---	--