



醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

111 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)
【必要】	兩吋大頭證件照	
【必要】	在學證明或學生證影本(需蓋有申請時該學期註冊章)	
【必要】	近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄)	
【必要】	最近一學期之成績單(需有排名)	
【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、身心障礙手冊...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	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 1080~1083，聯絡人: 保部社工師。 3. 申請截止日: 111 年 10 月 21 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 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: 視今年 COVID-19 疫情狀況辦理並通知得獎者。 7. 高中職組以學校推薦送件為主，自行送件者恕不受理。
----	---

