**馬偕醫學院 研究所**

**學年度第 學期研究生助學金申請表**

※**申請資格：未具有校內外專職身分者。如有不實者，將追溯相關法律責任。**

※請於開學後一週內提出申請並由所辦彙整送出。

申請日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | | | | | 學號 | | |  | |
| 班別年級 | 年級 | | | | | | | | 性別 | | □男　□女 | 生日 | 年 月 日 |
| 身份證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 聯絡電話 | |  |
| 通訊地址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 指導教授　　審核意見 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所長　　　　　審核意見 |  | | | | | | | | | | | | |
| 匯款帳號 |  | | | | | | | | | | | | |
| 【請浮貼存摺封面影本，**舊生免附**】 | | | | | | | | | | | | | |