

第一屆劉志明耳鼻喉科診所獎助學金申請辦法

一、宗旨

劉志明耳鼻喉科診所為關懷弱勢、回饋社會及鼓勵清寒學子專心向學、奮發進取，幫助他們順利完成學業，特設立劉志明耳鼻喉科診所獎助學金。

二、申請資格

需符合下列條件：

1. 本診所所有就診資料之病患本人。
2. 國內經政府立案之公私立國中、高中(職)在學學生。
3. 確實需要幫助者。
4. 在學成績優良者優先

三、助學金額

1. 國中學生：經審核後，當年度每名上、下學期各發放新臺幣貳千伍佰元整，共伍仟元整。
2. 高中(職)學生：經審核後，當年度每名上、下學期各發放新臺幣伍仟元整，共壹萬元整。
3. 本助學金國中、高中(職)各階段，每人限領取一次。

四、申請資料

1. 申請表（請向本診所索取、或來函索取）。
2. 自傳（打字或書寫）戶口名簿或戶籍謄本正/反面影印本一份。
3. 作文一篇（本年度作文題目請參考申請表）。
4. 戶口名簿或戶籍謄本正/反面影印本一份。
5. 學生證正/反面影本或在學證明正本，貼於證件黏貼表。
6. 當年度上學期蓋學校章戳之成績單正本（國一及高一新生，則以之前畢業成績送件）。

五、審查方式

1. 由本診所院長及醫師組成審查委員會審查。
2. 本年度（106 年）國中組及高中(職)組各三位名額（以 106 年 9 月 1 日起之年級為準）。
3. 在學成績佔 50%、自傳及家庭狀況佔 30%、作文佔 20%。
4. 有必要時，將請申請人進行面談擇優決定。
5. 本診所員工之直系及二等親親屬，不得申請。

六、申請流程

1. 申請開始日期：106 年 7 月 1 日。
2. 申請截止日期：106 年 7 月 31 日。（郵寄者以郵戳為憑）
3. 請於申請期限內，將上述申請文件郵寄或親交本診所。
收件地址：806 高雄市前鎮區一心一路 482 號
收件者：劉志明耳鼻喉科診所獎助學金審查組收
4. 合格通知：106 年 8 月 20 日於劉志明耳鼻喉科診所佈告欄、官網及 FB 公布。

七、獎學金名額及獎學金支付期間與方式

合格者將書面通知並於上、下學期指定日期期間，合格者親自自本診所領取。

劉志明耳鼻喉科診所 106 年度獎助學金申請表

請勾選組別：☐A 國中 ☐B 高中(職)

文件編號： (由本診所填寫)

學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女	2 寸照片 黏貼處		
連絡地址	□□□□□					
生 日	民國 年 月 日	連絡電話	()			
身分證字號			手機號碼			
E-MAIL						
就讀學校		年級班級		導師姓名		
家庭狀況組成(空白者不予評估)	稱謂	姓名	年齡	任職機關 (就讀學校)	職務 (年級)	存歿
	父					
	母					
◎以下為必要檢附之文件 (請寄出前自行檢查並勾選) ☐1、申請表 ☐2、自傳 ☐3、作文一篇【題目：1.回憶 2.我想，請擇一書寫 (600~2000 字左右)】 ☐4、戶口名簿或戶籍謄本正/反面影印本一份 ☐5、學生證正/反面影本或在學證明正本，貼於證件黏貼表 (附件 1) ☐6、當年度上學期蓋學校章戳之成績單正本 【1~6 請依順序排列後以迴紋針固定於右上角，未備齊者將視以無效件處理，不再通知補件及退件】						

◎ 申請表及檢附之文件恕不退還，本診所將尊重個人機密，予以嚴格保密。

◎ 申請者聯絡地址及電話請填寫正確，以利寄發申請通過通知函。

◎ 寄件地址：806 高雄市前鎮區一心一路 482 號『劉志明耳鼻喉科診所獎助學金審查組收』(以掛號郵寄)

◎ 聯絡電話：07-3363311 洽賴小姐。

◎ 申請截止日：106 年 7 月 31 日止 (以郵戳為憑)

申請學生簽名：_____

申請日期：____年 ____月 ____日

初審：_____

複審：_____

劉志明耳鼻喉科診所 106 年度獎助學金

【附件 1】

證件黏貼表

姓名		就讀學校	
學生證影本(正面)		學生證影本(背面)	
(黏貼處) 以<u>在學證明者</u>，請迴紋針固定於文件<u>右上角</u>		(黏貼處) 以<u>在學證明者</u>，請迴紋針固定於文件<u>右上角</u>	
以上資料未備齊者本會將取消其申請資格。			