

醫學獎學金申請表

申請日期 年 月 日

申請人姓名		考取學校	
聯絡電話		E-mail	
家長姓名		親屬稱謂	
通訊地址			
美濃永久地址 (二等親屬戶 籍地址)			
進入醫學系後 之讀書計畫 (300-500 字)			
審查委員會 審查意見			
理事長核示			

註：

1. 申請人資格條件:法定二等親屬內設籍在美濃當地者、就讀國內高中職之學生。
2. 申請辦法程序：
請填申請表並檢附錄取醫學系相關證明文件，以郵寄、Email 或逕送美濃
博士學人協會，地址：高雄市美濃區泰中路 890 號 古錦松秘書長收。
電話：0933605700 Email:jsku52@gmail.com
3. 經獎學金審查委員會通過，每位頒發貳萬元獎學金。

申請時間：即日起至 115 年 12 月 05 日 止