

**財團法人台北行天宮
行天宮醫學系學生助學金申請書**

申請日期：_____年_____月_____日

申請人基本資料						
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日	1吋照片 黏貼處 (照片背面 請註明 學校、姓名)
國籍		身分證字號				
聯絡電話	家：()		手機：			
電子信箱						
戶籍地址	<input type="text"/>	市 縣	鎮區 鄉市	路 街	段 巷 弄 號 樓	
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上戶籍地址					
	<input type="text"/>	市 縣	鎮區 鄉市	路 街	段 巷 弄 號 樓	
就讀學校 (新入學學生填寫即將就讀學校)						
校名	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立		目前 年級	系 所_____年級第_____學期		
校址	<input type="text"/>	市 縣	鎮區 鄉市	路 街	段 巷 弄 號 樓	
學業成績	_____學年度第_____學期總平均分 (申請時前一學期。新入學學生無須填寫此欄位)					
家庭狀況 (已受助學生請填寫近況、學習成效及成績等)						
請簡述家庭成員及健康情況、家庭收支(經濟狀態)、租屋或房屋不動產情況等足以認定家庭經濟缺乏或困難者之說明：						

「申請書」及「個資法蒐集個人資料」同意簽名

本人已詳閱相關辦法及申請書內容，並同意提供個人之申請資料予 貴法人辦理〈行天宮醫學系學生助學金申請專案〉使用。本人亦明白依「個人資料保護法」規定本人得行使之權利(詳下備註「個資法蒐集個人資料告知事項」)。前述資料，本人同意由 貴法人依規定銷毀，而不予退還。(※未完整簽名或蓋章者將不予受理，未滿 20 歲之申請人須請法定代理人一併簽名始得生效)

*申請人：_____ (必填)

*法定代理人：_____ (與申請人關係：_____)

附繳證明審查 (以下文件由申請人自行檢覆勾選)，共 _____ 件

- 申請書
- 自傳(直式橫書 A4 格式，請以 600 字至 1000 字文字撰述個人為何選擇醫學系就讀、求學歷程、人生觀、個人優缺點、生涯規劃及服務社會等之看法)
- 全戶戶籍謄本正本 (最近三個月內)
- 新入學學生之入學通知單(入學後補附在學證明)
- 大學在學學生
- 申請時在學證明或學生證正反面影本(須加註申請時學期註冊章)
- 學業成績單正本(申請時前一學期成績單)
- 碩士、博士在學學生
- 申請時在學證明或學生證正反面影本(須加註申請時學期註冊章)
- 碩士生：大學及碩士歷年成績單正本、研究計劃或研究論文概要
- 博士生：碩士及博士歷年成績單正本及碩士論文概要
- 學生助學金權重基準表
- 經濟缺乏證明：_____張(稅捐機關核發之監護人或戶長「全國財產總歸戶資料清單」、其他足以證明經濟困難情況之文件)或(中)低收入證明。
- 本人或家中親人身心障礙證明/重大傷病卡/罕見疾病診斷證明文件：_____張
- 租屋契約、債務證明：_____張
- 其他：(公益活動相關證明文件。參與行天宮公益活動，則無須檢附資料)

附記：

- 一、申請時間：第一學期於六月底前(限繁星推薦或經學測個人申請之新生)或八月底前申請；第二學期於三月十日前申請，請以掛號郵寄至本法人，以郵戳為憑。
- 二、請將 A4 尺寸之申請文件，以長尾夾(不建議使用釘書針)依序整件完成。
掛號逕寄：**104002 台北市中山區中山北路一段 144 號〈行天宮醫學系學生助學金小組〉收。**
聯絡電話：(02)2567-1688 轉 113、127。
- 三、未填寫線上表單，逕行寄送紙本資料者，其申請案不予受理。
- 四、送審資料經查若有不實或逾期送(補)件者，其申請案不予受理。
- 五、受助學生每學期皆須依本辦法重新提出申請，未提出者停止補助。
- 六、凡受助學之學生請參與本會及所屬志業舉辦之公益活動，或積極投入社會工作、改善經濟缺乏族群處境，以實踐 關聖帝君傳世明訓「讀好書 說好話 行好事 做好人」自我勉勵。

備註：

醫學系學生助學金申請電子表單 <https://www.ht.org.tw/religion236.htm>
 醫學系學生助學金實施辦法 <https://www.ht.org.tw/religion235.htm>
 個資法蒐集個人資料告知事項 <https://goo.gl/d5DcFx>

