

**社團法人中華民國肌萎縮症病友協會**  
**病友升學獎助學金申請表**

編號：

病友姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		出生年月日	民國    年    月    日
疾病類型		聯絡電話	(住宅) (手機)
通訊地址	□□□		
畢業學校		科系/年級/班別	
升學學校		科系/年級/班別	
申請類別	<input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 副學士班(專科) <input type="checkbox"/> 學士班(大學) <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班		
申請人 (或法定代理人)		關係	聯絡 電話 (住宅) (手機)
備審文件	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 近期生活照或大頭照(電子檔即可) <input type="checkbox"/> 學生證正反面影本(已蓋當學年度註冊章, 或提供註冊繳費收據、在學證明) <input type="checkbox"/> 存摺帳號頁面影本(請優先提供「郵局」存摺帳號; 帳號、戶名、銀行及分行名稱等, 請務必清晰可辨)		
照片公開意願	<input type="checkbox"/> 願意接受公開照片於本會刊物上 <input type="checkbox"/> 不願意公開照片		
人員 填寫 本欄 由本 會	收件初 審紀錄	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過, 原因: _____。 書面資料: <input type="checkbox"/> 資料齊全 <input type="checkbox"/> 需補件: 獎助學金金額: 新台幣 _____ 元	
<b>注意事項</b>			
1、請先詳閱本會病友升學獎助學金獎勵辦法, 相關辦法及表格可自本會網站下載: <a href="http://www.mda.org.tw/">http://www.mda.org.tw/</a> 2、申請資料請於 <b>10月31日前</b> 郵寄/傳真/E-mail至本會 <b>總會辦公室</b> , 郵寄者以郵戳為憑。 <b>【總會辦公室】</b> 電話:(07)380-1000 傳真:(07)380-0231 地址:807高雄市三民區九如一路58號3樓之3 Email:0307@mda.org.tw			
承辦人	秘書長	理事長	

社團法人中華民國肌萎縮症病友協會  
病友升學獎助學金申請表

附件黏貼表

浮貼【學生證正面】影本

浮貼【學生證反面】影本

戶名	與病友 關係	非病友帳戶請 提供身分證字號	銀行/郵局名稱	分行/分局名稱	帳號

浮貼【匯款帳號存摺】影本

※存摺影本請浮貼於上方或另附電子檔。【請優先提供「郵局」存簿帳號。】

※若非申請者本人帳戶，請註明帳戶提供者與申請人之關係。

浮貼【照片】

照片電子檔位置