

宜蘭縣中醫師公會 函

會址：宜蘭市中山路二段 145 號 4 樓之 1
電話：03-9365326
傳真：03-9365339
電子信箱：9365326@gmail.com
承辦人：林慈薇

地址：台中市北區學士路 91 號

受文者：中國醫藥大學 中醫學系 鈞啟

發文日期：中華民國 111 年 10 月 25 日

發文字號：111 宜中志字第 040 號

速別：

密等及解密條件：普通

附件：中醫傳承獎助學金申請表

主旨：檢送本會「中醫傳承獎助學金」申請辦法暨申請表格，敬請貴系所協助公告，並轉知設籍本會縣內之符合資格學生，即日起至 11 月 30 日提出申請^(以郵戳為憑)，請查照。

說明：

- 一、申請資格：設籍宜蘭縣內就讀中醫學系、學士後中醫學系。(每人以申請一次為限)
- 二、申請檢附文件：申請表格、在校學生證明書正本或學生證影本^(需蓋本學期註冊章)、身份證正反面影本各一份。
- 三、獎助學金金額：伍仟元整。
- 四、本會訂於 111 年 12 月 18 日(星期日)於會員大會公開頒獎，詳細地點、時間，另行以邀請函通知符合資格之授獎者。

正本：本會全體會員

副本：宜蘭縣中醫師公會

理事長 林衍志

宜蘭縣中醫師公會 中醫傳承獎助學金申請表

申請人姓名	出生年月日		年 月 日		
	身份證字號				
聯絡電話	行動電話：	申請者身份	<input type="checkbox"/> 會員子女	性別	<input type="checkbox"/> 男
	住家電話：		<input type="checkbox"/> 本縣縣民		<input type="checkbox"/> 女
通訊地址					
申請獎項類別	<input type="checkbox"/> 本會會員子女就讀中醫學系 <input type="checkbox"/> 本會會員子女就讀學士後中醫學系 <input type="checkbox"/> 本縣縣民就讀中醫學系 <input type="checkbox"/> 本會縣縣民就讀學士後中醫學系		學籍資料		
			學校名稱： 學系： 學號： 班級： 年 班		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 1. 在校學生證明書正本或學生證影本乙份(需蓋本學期註冊章) <input type="checkbox"/> 2. 戶口名簿影印本(本會會員子女檢附) <input type="checkbox"/> 3. 身份證正反面影本(本縣縣民檢附) <input type="checkbox"/> 4. 其他_____				
申請人簽名			送件日期	年 月 日	
初審意見			審核結果	<input type="checkbox"/> 核准 <input type="checkbox"/> 不符資格	

※說明與注意事項：

1. 會員子女或設籍本縣之縣民就讀中醫學系或學士後中醫學系者，可向本會申請發給伍仟元之獎助學金。(每人以申請一次為限)。
2. 申請者應檢附相關文件證明，郵寄至本公會申請辦理。
3. 申請日期：即日起至 111年11月30日止 (以郵戳為憑)。
4. 統一於本會會員大會時公開頒獎。

※詳細時間、地點，另行以邀請函通知符合資格之授獎者。

※本申請表若不敷使用，可逕行列印。 ◆本會會址：260 宜蘭市中山路二段 145 號 4 樓之 1

◇聯絡電話：(03)9365326 傳真：(03)9365339