



# 中華民國聾暈聯合會 聽障生助學金申請書

申請日期： 年 月 日

姓名				推薦單位				
聯絡電話	電話： 手機： 傳真：	聯絡人		聯絡人				
地址								
錄取學校	學制系級		<input type="checkbox"/> 研究所_____所 <input type="checkbox"/> 日間部_____技(專)_____系(科)					
檢附證件	<input type="checkbox"/> 錄取通知單(考試成績單) <input type="checkbox"/> 低收入戶證明(如無則免附)							
匯款帳戶 (限申請者本人，請擇一填寫)	_____銀行_____分行，金融代號							
	帳號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		郵局局號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					帳號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
推薦初審	資料審查： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 申請資格： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合							
	初審意見：   <div style="text-align: right;">(推薦單位填寫)</div>							
複審結果	<div style="text-align: right;">(複審單位填寫)</div>							
複審單位 理事長	複審單位 承辦人	推薦單位 理事長	推薦單位 承辦人	申請人	《推薦單位請用印》			