



社團法人台中市身障福利協進會 - 獎學金申請書

會員 編號		會員 姓名		聯絡 電話	
地址					
子女 姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大學及專科(研究所以上) <input type="checkbox"/> 高中及高職 <input type="checkbox"/> 國中	
地址	<input type="checkbox"/> 同家長地址； <input type="checkbox"/> 與父母不同住，如下：				
在學 學校	校 名			科系 年級	
此致 社團法人台中市身障福利協進會 申請人(會員)： (簽章) 中 華 民 國 1 1 4 年 月 日					
初審(會務人員)			結果	審查者	
核對 1. 會費繳交至今年度。 2. 是否為直系子女。					
核對附收證件： 1. 113學年度 操行及學業成績證明書。 2. 全戶戶口名簿影本乙份。					
(複審) 審核委員	審查日期：114年 月 日				
	通過	核發金額：			元整
	未通過	原因			
審核委員(簽章)					
理事長(簽章)					

* 會員及會員子女資料，申請者請詳細填寫，下半頁由協會人員填寫
* 本申請表如不敷使用，可自行影印使用 *