

臺中市中醫師公會子女優秀獎學金申請表

年 月 日

子女姓名	性別	家長(會員)姓名	診所	所名	稱通	訊	地	址連	絡電	話
獎勵事由	優 秀 獎 學 金	申 請 學 校 名 稱	() 學 年 度 成 績	學 業 操 行 體 育	附 繳 證 件					
	第 學	第 學	平	一、戶口名簿影本 二、學業成績單 件(正本)	三、入學通知單 件(正本)					
	考 取 大 學 院 校 中 醫 系	考 取 學 士 後 中 醫 學 系								
核定	核 查 意 見	會 員 申 請 人				(簽章)				