

臺中市醫師公會子女優秀獎學金申請表

年 月 日

子女姓名		家長(會員)姓名		診所名稱		郵遞區號		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			附繳證件			會員申請人		
	考取 學院中醫系 考取 後學士醫學系	() 學年度成績	學業	操行	體育						
核定	審查意見		(簽章)								