

# 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
			學 業	操 行	體 育	
			第 一 期	第 二 期	平 均	
	考 取 大 學 院 校 中 醫 系 考 取 後 學 中 醫 系 醫 學 士					一、戶口名簿影本 二、學業成績單 三、入學通知單 件(正本)
核 定		審 查 意 見	會 員 申 請 人			(簽章)