

編號：

(此欄由本會工作人員填寫)



中華民國腦性麻痺協會
THE CEREBRAL PALSY ASSOCIATION OF R.O.C.

中華民國腦性麻痺協會獎學金申請表

會員姓名：_____ 屬 本協會會員 團體會員：_____ 地區協會 填表日期： 年 月 日

| | | | | | | | |
|---|---|---|----|----------|--|------------|----------------|
| 學生姓名 | | | 性別 | | | 照 片 | 請使用近期 2 吋照片 |
| 與會員關係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女 | | | | | | |
| 學生身份證字號 | | | | | | | |
| 組別 | 個人會員： <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大專院校(含四技二專) | 各區腦麻協會團體會員： <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大專院校(含四技二專) | | | | | |
| 就讀學校 | 校名：_____ | | | 縣市 | | | |
| | _____系、科_____年_____班 | | | 學號 | | | |
| 聯絡電話 | | | | 行動電話 | | | |
| 地址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | |
| 郵局局號帳號 | 局號：_____ | | | 帳號：_____ | | | |
| (戶名必須為申請學生本人) | | | | | | | |
| 檢附證明 | <input type="checkbox"/> 學生身份證影本(正反面)或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 學生證影本(正反面,須有當學期註冊章) <input type="checkbox"/> 前一學年成績單正本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本(正反面) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺相關證明(重大傷病卡或診斷證明) <input type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本(戶名必須為申請學生本人) | | | | | | |
| 申請資格 | | | | | | | |
| <p>自申請日前已連續二年繳交會費之會員或會員子女為腦性麻痺患者，或為團體會員(限各地區腦性麻痺協會)之成員或成員子女為腦性麻痺患者，且就讀大專校院、高中、職具有國內公立或已立案之私立學校學籍之學生，並符合下列條件之一者，且在法定修業年限內予以獎助。</p> <p>一、高中(職)組：高中(職)二、三年級學生及應屆畢業生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級)，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分者。</p> <p>二、大專校院組：大專校院二至四年級學生及應屆畢業生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級)，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分者。</p> | | | | | | | |
| 同意書 | | | | | | | |
| <p>_____ (請簽名) 同意本人或家人將獎學金頒獎活動期間所進行之拍照、攝影與訪談等所有肖像權歸屬於本會，本會得無償於非營利範圍使用。</p> | | | | | | | |

◎請將申請表連同檢附證明之資料一同寄至中華民國腦性麻痺協會(請於信封上註明申請獎學金)

地址：11268 台北市北投區大業路 166 號 5 樓

電話：(02)2892-6222 分機 204 駱宜君