

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	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			
	☐ 研究所 ☐ 大學 ☐ 高中 ☐ 國中	第 一 期 第 學 第 二 期 第 學 平 均				
考取大學 學院校 中醫系					三、入學通知單 件(正本)	
考取學中 士後學系						
核定		審查意見	會員申請人			
		(簽章)				