



曹仲植基金會

The Cao Zhong Zhi Foundation

114741 台北市內湖區堤頂大道二段 413 號 3 樓

電話:02-2798-8686 傳真:02-2798-8348

112 年下半年曹賀雲卿助、獎學金申請書

申請期限：112 年 08 月 15 日至 112 年 10 月 02 日

申請人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生地	市(縣)			
	身分證字號			E-Mail					
	出生日期	年	月	日	年齡	歲	住家電話		
	申請組別	高中(職)組： <input type="checkbox"/> 助學金 <input type="checkbox"/> 獎學金				手機			
		大學(專科)組： <input type="checkbox"/> 助學金 <input type="checkbox"/> 獎學金							
	戶籍地址	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號
		市	區市	里		街		弄	樓
	通訊地址	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號
	市	區市	里		街		弄	樓	
申請身分別	請打勾： <input type="checkbox"/> 身障者 <input type="checkbox"/> 清寒 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 無雙親 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 父母為身障者								
就讀學校	大學		年制	系	年級				
	專科學校		年制	科	年級				
	市(私)立		高中(職)	年級					
家長	姓名		與申請人關係		年齡	歲	職業		
	電話(白/夜)	日：			手機				
		夜：							
服務單位			任職部門			職稱			

注意事項：證件不齊或資料填寫不實者，原件退回，不予評核發給。

檢附資料	<input type="checkbox"/> 五百字自傳一份。	<input type="checkbox"/> 清寒、低收入戶證明文件。
	<input type="checkbox"/> 三個月內之戶籍謄本一份。	<input type="checkbox"/> 存摺封面影本。
	<input type="checkbox"/> 身障證明文件。	<input type="checkbox"/> 其他 _____
	<input type="checkbox"/> 111 年 02 月至 111 年 06 月學期成績單。	

申請人簽名:

-----

民國 112 年 月 日