

何德進先生中低收入、低收入戶暨急難獎助學金

申請辦法

111.5.-

一、本獎助學金委由高醫口腔醫學文教基金會辦理。

二、對象及名額:高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學系大學部 1 年級到 6 年級;

第一學年新生每學年 2 位名額;

第二~六學年每學年皆提供 2 位名額。

三、申請年限:最多 6 年。

四、符合資格者:

1. 中低收入或低收入戶, 提供每學期學雜費獎助學金。
2. 急難獎助學金, 提供學期學雜費獎助學金。
3. 若有領取牙醫學系相關獎助學金者, 則減半給付。

五、申請資格:(參閱附件一申請表)

1. 無違反校規及違反法律情事。
2. 在學證明。
3. 中低收入及低收入戶:

第一學年新生:提供中低收入或低收入戶證明文件, 並由班導師簽章。

(1)若申請人數超出 2 名時, 則低收入戶優先

(2)申請人數多於所提供名額時, 由學系抽籤決定

第二~六學年: 提供中低收入或低收入戶證明文件及前一學年上、下學
期成績。

(1)在該年級上、下學期排名 75%(含)以上, 兩者皆由班導師簽
章。

(2)學年成績上、下學期排名相同時,以操行成績較優者錄取,如

再同分則以體育成績較優者錄取。

4. 急難:

提供急難證明(並述明原因),並由村里長及班導師簽章。

5. 學雜費繳費收據或證明(需正本:可於繳費後 15 日內繳交)

六、送件處:牙醫學系系辦公室。

七、收件後申請案件於高醫口腔醫學文教基金會董監事會議中提案審核,

通過者由基金會轉何德進中低收入、低收入戶暨急難獎助學金執行長

何展宏辦理,並儘速核發獎助學金。

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| 1. 上學期給付日期： 繳費收據或證明(正本)繳交日期： | 備 | |
| 2. 下學期給付日期： 繳費收據或證明(正本)繳交日期： | 註 | |

致 申請者:

本獎助學金之設立在於提供有心修習牙醫學領域，惟恐因經濟因素，可能被迫中斷學習道路之青年學子申請。

基於各界獎助機會甚多，在資源有限下，我們誠摯地希望未申請其它獎助學金的青年學子前來申請，以期落實社會資源能均實的分配到所有需要的人身上。

我們期望您在學期間，能以謙虛的態度 努力學習；進入社會後，秉持良心、專業與尊嚴為民眾服務；若行有餘力，我們更樂見您能依此獎助學金的精神，積極回饋社會，幫助更多的青年學子。

申請者簽名:

日期:

本告知書 一式兩份(基金會、申請者各執一份)

..... 撕...開...線.....

致 申請者:

本獎助學金之設立在於提供有心修習牙醫學領域，惟恐因經濟因素，可能被迫中斷學習道路之青年學子申請。

基於各界獎助機會甚多，在資源有限下，我們誠摯地希望未申請其它獎助學金的青年學子前來申請，以期落實社會資源能均實的分配到所有需要的人身上。

我們期望您在學期間，能以謙虛的態度 努力學習；進入社會後，秉持良心、專業與尊嚴為民眾服務；若行有餘力，我們更樂見您能依此獎助學金的精神，積極回饋社會，幫助更多的青年學子。

申請者簽名:

日期:

本告知書 一式兩份(基金會、申請者各執一份)