

醫學院學生參與培力英檢獎勵方案 獎勵申請檢核表

填寫日期：____年____月____日

基本資料		
姓名：	學號：	年級：
系所：	就讀學位：	考試日期：
聯絡電話：	電子郵件：	
繳交資料檢核表		
<input type="checkbox"/> 培力英檢成績單影本（影本空白處簽名及標註學號） <input type="checkbox"/> 學生證影本（須檢附正本供查驗） <input type="checkbox"/> 學生銀行帳戶封面（已上傳至學生 wac 系統 D.6.01 銀行帳號維護或列印封面影本）		
承辦人	學生獎勵小組系所負責人	學生獎勵小組
<input type="checkbox"/> 檢核通過 <input type="checkbox"/> 檢核不通過，須補件 <input type="checkbox"/> 檢核不通過，資格不符合	<input type="checkbox"/> 檢核通過 <input type="checkbox"/> 檢核不通過，須補件 <input type="checkbox"/> 檢核不通過，資格不符合	