崇仁醫護管理專科學校「低收免住宿費」申請表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科 別 |  | | | | |
| 姓 名 |  | 班 級 |  | 學 號 |  |
| 監護人簽名 |  | 與學生之關係 |  | 聯絡 電話 |  |
| 聯絡住址 |  | | | | |
| ＊需檢附證明文件：  請持鄉、鎮、市、區公所低收入戶證明影印本(需為有效期限)。  依據崇仁醫護管理專科學校弱勢學生助學計畫實施辦法辦理 | | | | | |