

編號：

(此欄由本會工作人員填寫)



中華民國腦性麻痺協會  
THE CEREBRAL PALSY ASSOCIATION OF R.O.C.

## 中華民國腦性麻痺協會獎學金申請表

會員姓名：\_\_\_\_\_ 屬 ☐ 本協會會員 ☐ 團體會員：\_\_\_\_\_ 地區協會 填表日期： 年 月 日

學生姓名			性別			照  片	請使用近期 2 吋照片
與會員關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女						
學生身份證字號							
組別	個人會員： <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大專院校(含四技二專)	各區腦麻協會團體會員： <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大專院校(含四技二專)					
就讀學校	校名：_____			縣市			
	_____系、科_____年_____班			學號			
聯絡電話				行動電話			
地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
E-mail							
郵局局號帳號		局號：_____ 帳號：_____					
		(戶名必須為申請學生本人)					
檢附證明	<input type="checkbox"/> 學生身份證影本(正反面)或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章) <input type="checkbox"/> 前一學年成績單正本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本(正反面) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺相關證明(重大傷病卡或診斷證明) <input type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本(戶名必須為申請學生本人)						
申請資格							
<p>自申請日前已連續二年繳交會費之會員或會員子女為腦性麻痺患者，或為團體會員(限各地區腦性麻痺協會)之成員或成員子女為腦性麻痺患者，且就讀大專校院、高中、職具有國內公立或已立案之私立學校學籍之學生，並符合下列條件之一者，且在法定修業年限內予以獎助。</p> <p>一、高中(職)組：高中(職)二、三年級學生及應屆畢業生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級)，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分者。</p> <p>二、大專校院組：大專校院二至四年級學生及應屆畢業生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級)，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分者。</p>							
同意書							
<p>_____ (請簽名) 同意本人或家人將獎學金頒獎活動期間所進行之拍照、攝影與訪談等所有肖像權歸屬於本會，本會得無償於非營利範圍使用。</p>							

◎請將申請表連同檢附證明之資料一同寄至中華民國腦性麻痺協會(請於信封上註明申請獎學金)

地址：11268 台北市北投區大業路 166 號 5 樓

電話：02-2892-6222 分機 204 葉亭好