**高雄醫學大學口腔醫學院參與培力英檢獎勵申請表**

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：🞏4/26說、寫 🞏5/24聽、讀 |
| 聯絡電話： | 電子郵件： | | |
| 繳交資料檢核表 | | | |
| * 學生證影本（須檢附正本供查驗） * 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） | | | |
| 學生獎勵小組 | | 口腔醫學院 | |
| 承辦人：  學生獎勵組組長： | | 院長： | |

核定日期：