

財團法人台南市
私立秀峰公記慈善會

函

地 址：70059台南市中西區

金華路4段11號4F之2

電 話：06-2288273

傳 真：06-2412236

承辦人：李明燕

71703

台南市仁德區文華一街89號

受文者：中華醫事科技大學

發文日期：中華民國111年03月10日

發文字號：秀峰字第0111000539號

速 別：普通件

密等及密件或保密期限：普通

附 件：如 文

主 旨：本會辦理110學年度第二學期教育獎助金申請，自三月十五日起開始受理，為此請貴校學生，如成績有符合獎助標準者，敬請貴校推薦五名，需於四月十五日以前，需檢附申請書及有關證件，寄送達本會核辦，函請查照。

說 明：附送本會設立教育獎助金申請辦法及申請書各五份（申請書上證明人欄部份請加蓋承辦學校單位章及承辦人員職章）。

董 事 長 張 村

學校

財團法人台南市私立秀峰公記慈善會設立教育獎助金申請辦法
依據民國九十一年度第三屆第十次定期董事會決議修訂教育獎助每年一學期

第一條：獎助標準

1. 學業總平均成績：大學：八十分以上。

專科：八十分以上（二、三專，五專四、五年）。

高中

高職：八十分以上（五專一、二、三年）。

2. 體育成績：七十五分以上（女生七十分以上）。

3. 操行成績：八十分以上。

第二條：本獎助學生金額每學期定為（一）大學生：伍仟元整。

（二）專科生：肆仟元整。

（三）高中、高職：叁仟元整。

第三條：申請獎助手續如下：

1. 填具本會印製之申請書一份。

2. 檢附在學註冊證明（學生證蓋註冊章或本學期繳費收據影本或學校在學證明上述條件擇其一）及前學期學業成績單各一份。（夜間部、公費生不予受理，限本國國籍）。

3. 檢附申請人戶籍謄本或戶口名簿影印本一份。

4. 證明欄：請加蓋承辦學校單位章及承辦人員職章。

第四條：期間每年三月中旬辦理申請獎助。

第五條：本辦法經本會董事會議核准日起實施，修改時亦同。

※會址：（70059）台南市中西區金華路四段十一號四樓之二。

連絡電話：（06）228-8273

財團法人台南市私立秀峰公記慈善會民國

學年度第

學期教育獎助金申請書

審查人	審查准予獎助金額	中華民國	台南市私立秀峰公記慈善會	此致	申請人	住址	出生年月日	姓名	申請人	
									性別	籍貫
董事長	新臺幣	年	月	日	附繳證件	市	年	月	日生現年	歲
董事										
常務董事	承辦單位章：	家長：	申請人：	前學期成績	1. 在學證明書一份(學生證註冊章) 2. 前一學期學業操行及體育成績單一份。 3. 申請人戶籍謄本或戶口名簿影印本一份。 如有享受公費者及讀夜間部者不予受理。	路	弄	號	樓	就讀學校
董事										
常務董事	承辦人職章：	蓋章：	蓋章：	審查意見	審	巷	段	弄	號	樓
董事										
總幹事						入學	院	系科	年級	年級

請填連絡電話：