**高雄醫學大學學生緊急紓困金申請表**

**Kaohsiung Medical University Student Emergency Assistance Fund Form**

申請日期（Date of Application）： 年 月 日

|  |
| --- |
| 申請人Applicant information |
| 姓名Name |  | 學號Student ID |  |
| 性別Gender | □男Male□女Female  | 身份證字號Resident certificate number  |  |
| 院系所別Department and year  |  | 行 動 電 話Mobile Number  |  |
| 通訊地址Address |  |
| 申請人急難狀況Applicant’s Family financial status and current major economic burden |
| 一、遭遇急難事件時間、地點及詳細情形Time,place and details of the emergency incident.二、家庭現況描述**（家中成員及經濟狀況）**Family status description.(The number of family members and Family members’s financial conditions) |
| Attach information | □pplication form□birth certificate□Death or diagnosis certificate□Other proof：  |
| 會簽意見Sign field | 導 師Mentor |  |
| 系 主 任（大學部）Chair of the faculty  |  |
| 所 長（研究生）Director of the faculty |  |
| 受理單位Receiving unit | 承辦人Undertaker |  | 依緊急紓困金實施要點第三條第 點（補助標準表第 類第 項）規定辦理 |

保存期限：至該生畢業後2年 CS502-A602-150131