**高雄醫學大學學生緊急紓困金申請表**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人 | 姓名 |  | 性別 | □ 男 □ 女 |
| 學號 |  | 身份證字號 |  |
| 院系所別 | 學院 學系/所 年級 |
| 學生電話 |  | 行 動 電 話 |  |
| 家長電話 |  | 行 動 電 話 |  |
| 通訊地址 |  |
| 資格確認 | 申請資格：高雄醫學大學緊急紓困金補助標準表第 類第（ ）項檢附文件：緊急紓困金補助標準表規定之類別項目 |
| 申請人急難狀況 | 一、遭遇急難事件時間、地點及詳細情形二、家庭現況描述**（家中成員及經濟狀況）** |
| 會簽意見 | 導 師 |  |
|
| 系 主 任（大學部） |  |
|
| 所 長（研究生） |  |
|

保存期限：至該生畢業後2年 (CS502-A602-150110)