**仁德醫護管理專科學校 學生匯款同意書**

本人同意學校所支付之應付款項以電匯方式直接撥入受款人帳戶，**手續費需由受款人負擔，並於應付款項中直接扣除**（匯款解款行若為本校配合銀行(臺灣土地銀行)間轉匯者則免匯費）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 學號 |  | 科別 |  |
| 姓名 |  | 手機 |  |
| 身分證字號 |  | 導師 |  |
| 帳戶資料 | 戶名 |  | 總代號 |  | (3碼必填) |
| 分支代號 |  | (4碼必填) |
| 帳號 |  | 總機構名稱 |  |
| 分支機構名稱 |  |
| 存摺影本(浮貼) |
| 身分證影本 **正面**  | 身分證影本 **背面**  |
| 中華民國 年 月 日 |

**仁德醫護管理專學校**

 **學年度第 學期 生活學習助學金申請表**

 **申請日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學習單位 | 　 | 部別 | □日間部五專□在職專班 | 科別 | 科 | **相片黏貼處****(請黏貼)** |
| 姓名 |  | 班級 | 年 班 | 性別 | □男 □女 |
| 學號 |  | 學生手機 |  | 住家 電話 |  |
| 必繳資料 | * **1.當學期第一銀行繳費證明單(請至一銀網站列印)**
* 2.**學生本人存摺帳號影本(請自行黏貼於匯款同意書)**
 |
| **家庭狀況簡述** | **服務學習內容及學習成效(由學習單位填寫)** |
|  |  |
| **請詳讀以下所列注意事項：****辦理方式：**1. **每學年依本校年度經費規劃名額。**
2. **依各單位申請時數核給名額。**

**申請流程：**1. **學習單位應於學期初，填報申請表送一級單位審查，再由一級單位彙整送課外活動組備查。**
2. **各一級單位應於每月5日將各學生上月參與生活學習之總節次詳實申報，課外活動組依據各一級單位之申報紀錄核報本助學金。**
3. **學習單位應將申請表及助學金紀錄表等資料備份妥善存檔備查。**
4. **領取生活助學金之學生，原則須執行每月不超過四十小時之生活服務學習時數，實際執行依申請時數而定。**

**受領學生有下列情事之ㄧ者，次月起不予核發：**1. **因特殊事故或疾病不克繼續參與生活學習者。**
2. **休學或退學者。**
3. **當月完全未參與生活學習活動者。**

**前項缺額由候補名額遞補之，其生活學習期限至 原申請學生之生活學習期限屆滿為止。** | **學習單位晤談紀錄：** |
|  |
| **申請人簽名：****承辦人簽名：****學習單位主管簽名：****一級單位主管名：** |

|  |
| --- |
| **仁德醫護管理專科學校 生活學習助學金紀錄表** |
|  **學年第 期** |
| **學習單位** |  | **學號** |  |
| **就讀科別** |  | **姓名** |  |
| **部別** |  **□五專日間部□在職專班** | **手機** |  |
| **服務月份** |  | **服務日期** |  **月 日 ~ 月 日** |
| **節次** |  | **身份別** | **□低收 □中低收 □身障生****□身障子女□原住民□特境** |
| **服務學習心得報告：** |
| **學習單位考核：** |

**學習單位承辦人：**

**學習單位主管簽章：**