**高雄醫學大學學生緊急紓困金申請表Application Form**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人 | Name |  | Gender | □ M □ F |
| Student ID NO. |  | ARC No. |  |
| Department | College Department Year |
| Contact No. |  | Cell |  |
| Parents contact |  | Cell |  |
| Contact Address |  |
| 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 (Briefly describe difficult situation)二、家庭現況描述（家中成員及經濟狀況 Family member & economic condition） |
| 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)