

附件一：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

「護理公費生培育方案」114學年申請表【學校老師推薦-1】

學校名稱		姓名	
年級		出生年月日	
戶籍地			
手機號碼		電子信箱	
學校老師推薦-1	☐優良☐良好 推薦理由： 推薦人簽名： 連絡電話：		
法定代理人（家長）	關係：簽名：		
同意簽章	連絡電話：		
需檢附資料	1. 「護理公費生培育方案」114學年申請表。 2. 自我推薦書。 3. 除二技一年級檢附五專畢業成績證明外，其餘學制一律附113學年成績證明(學業成績總成績平均七十分以上，操行成績八十分以上，且無累積處大過以上處分)。		

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

「護理公費生培育方案」114學年申請表【學校老師推薦-2】

學校名稱		姓名	
年級		出生年月日	
戶籍地			
手機號碼		電子信箱	
學校老師推薦-1	☐ 優良 ☐ 良好 推薦理由： 推薦人簽名： 連絡電話：		
法定代理人（家長）	關係：簽名：		
同意簽章	連絡電話：		
需檢附資料	1. 「護理公費生培育方案」114學年申請表。 2. 自我推薦書。 3. 除二技一年級檢附五專畢業成績證明外，其餘學制一律附113學年成績證明(學業成績總成績平均七十分以上，操行成績八十分以上，且無累積處大過以上處分)。		