香港醫學組織聯會基金

請在本格內

貼上彩色近照

**學術課程獎學金**

### 申請表格

填寫指引

1. 申請人可以中文或英文填寫申請表格。
2. 連同申請表格一併提交的文件及物品，概不退還。
3. 申請人提供的資料如不清晰、不正確或不齊備，將可能導致申請延誤或被拒。

A部 － **學校/機構資料**

(中文名稱)

1. 學校/機構名稱：

(英文名稱)

2. 學校/機構地址：

B部 － **個人資料**

3. 申請人姓名： (中文)

 (英文)

4. 就讀學校：

5. 年級： 6. 出生日期： 7. 性別： 男／女

8. 香港身分證號碼(首四字母)：

9. 住址：

10. 電話號碼：(住宅) (手提)

11. 電郵地址：

 (本基金將以電郵形式發出申請確認通知及遴選結果)

C部 － **學術課程資料**

*請附上課程海報或宣傳單張(須列明學費)*

主辦機構名稱及電話：

課程內容（請簡述，如：日本語初級）：

上課日期及時間：

D部 － **補充資料**

*請選擇適用選項*

🞎 本人已附上親自撰寫之約200字中文文章

🞎 本人已附上有列明學費之課程海報或宣傳單張

🞎 本人欲同時提交其他補充資料(請簡述，如：推薦信):

E部 － **聲明**

本人 (申請人姓名)謹以至誠確認本申請表格內填報的資料均真實無訛，並明白如故意提供任何虛假資料或隱瞞任何重要資料，本人的申請將會被拒絶。本人亦承諾如本申請表格內所載資料有任何重大改變，定當立即通知香港醫學組織聯會基金，否則本人可能被取消申請資格。

申請者簽署： 日期：

教師/社工簽署： 學校/機構印章：

教師/社工姓名及聯絡資料(電話/電郵):

【請注意：**請於二零一九年六月廿四日下午五時三十分或之前，將填妥之申請表格，連同一切所需文件及資料送達本基金秘書處**：

 香港醫學組織聯會基金

香港灣仔軒尼斯道15號溫莎公爵社會服務大廈4樓

如有查詢，請聯絡張小姐(電話：2527 8898)。】