

香港醫學組織聯會基金  
學術發展獎學金

請在本格內  
貼上彩色近照

申請表格

填寫指引

- (a) 申請人可以中文或英文填寫申請表格。
- (b) 請用打字機或黑色原子筆清楚填寫申請表格。
- (c) 連同申請表格一併提交的文件及物品，概不退還。
- (d) 申請人於下文提供的資料如有不清晰、不正確或不齊備，我們可能無法處理有關申請。

A部 — 學校資料

1. 學校名稱：\_\_\_\_\_ (中文名稱)

\_\_\_\_\_ (英文名稱)

2. 地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B部 — 個人資料

3. 申請人姓名：\_\_\_\_\_ (英文姓名) \_\_\_\_\_ (中文姓名)

4. 年齡：\_\_\_\_\_ 5. 出生日期：\_\_\_\_\_ 6. 性別\*：\_\_\_\_\_ 男/女

7. 國籍：\_\_\_\_\_ 8. 出生地點：\_\_\_\_\_

9. 香港身分證/護照\*號碼：\_\_\_\_\_

10. 住址：\_\_\_\_\_

11. 電話號碼：(住宅) \_\_\_\_\_ (手提) \_\_\_\_\_

12. 電郵地址： \_\_\_\_\_

C部 — 聲明

本人 \_\_\_\_\_ (申請人姓名) 謹以至誠鄭重聲明，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，本人提交的申請將會被拒絕。本人亦承諾如本申請表格內所載資料有任何重大改變，定當通知基金會秘書處，否則本人可能被取消申請資格。

\*請刪除不適用者。

申請者簽署： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

教師簽署： \_\_\_\_\_ 學校印章： \_\_\_\_\_

教師聯絡(電話/電郵)： \_\_\_\_\_

[注意：填妥的申請表格，連同一切所需文件及資料，須於二零一七年五月十七日下午五時或之前，以專人或郵遞方式送達秘書處，地址如下：

香港灣仔軒尼斯道15號  
溫莎公爵社會服務大廈4樓  
香港醫學組織聯會基金

如有查詢，請聯絡夏小姐(電話：2527 8898)。

\*請刪除不適用者。