

崇仁醫護管理專科學校

____學年度第____學期

本校教職員工
 聖馬爾定醫院員工

子女就讀本校優待學雜費申請表

申請人：

職稱：

任職單位：

子女姓名	稱謂	就讀科別	班級	應繳學雜費金額	優待金額	備註
合 計						
申請人	人事主任	會計主任		校長		

- * 1. 請檢附證明戶口名簿或身份證及學生證文件。(聖馬員工另附在職證明書)
- 2. 請於開學日後 2 個月內提出申請。