

財團法人台北市私立盲人有聲圖書館
視障獎助學金
申請書

申請人 姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
		出生日期	民國	年 月 日
籍 貫		身分證字號		
通訊處	□□□			
電 話	市話：()		手機：	
學 校				
科 系	科 系	年級	班	組
學校核章： <input type="checkbox"/> 資源教室 或 <input type="checkbox"/> 學生輔導中心 經辦老師：				
申請人簽章：				

中 華 民 國 年 月 日