「大專生助學暨家庭築夢計畫」—推薦書

填表日期：　　年　　月　　日

申請學生 姓名			
推薦老師 姓名		服務學校/職稱	
老師之聯絡方式	電話：　　分機　　手機：		
	通訊地址： E-mail：		
推薦原因：			
			推薦人簽名： 日期：

（本表格可自行延伸）

註：

一、申請文件請於民國　年　月　日前郵寄至本會，資料不齊者補件時間截止日為　年　月　日，上述以郵戳為憑，逾期不再另行通知。

二、申請資料請寄612嘉義縣太保市祥和二路東段5號3樓　紅十字會嘉義縣支會收

三、本計畫聯絡人：黃秋雅社工員，電話：05-3621207、3622121