



## (四) 學生之父親／母親／監護人 (請刪除不適用者)

姓名：(中文) \_\_\_\_\_ (英文)： \_\_\_\_\_  
 性別： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_  
 身份證號碼： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_  
 地址： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_ 學生家長簽署： \_\_\_\_\_

## (五) 學校推薦

本人同意並推薦本校 \_\_\_\_\_ (年級) 學生 \_\_\_\_\_ (學生姓名)  
 申請 貴基金超限學習獎勵計劃。

學校印章： \_\_\_\_\_ 校長簽署： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_ 校長姓名： \_\_\_\_\_

(上述提供的資料將予保密及只作本基金超限學習獎勵計劃申請用途)

填妥之表格請於 2006 年 11 月 3 日或之前寄回元朗屏山南北路 20 號萬鈞教育基金收

**基金專用**

批核款額： _____	會計簽署： _____	主席 / 副主席簽署： _____
	日期： _____	日期： _____