

高雄醫學大學 醫學系 高鄭麗華獎學金申請書

姓 名		性 別		貼照片處 (,背面請寫姓名)	
身分證字號		出生日期			
地 址	戶籍住址：				
	通訊住址：				
就 讀 班 級	醫學系_____年級，學號_____				
檢附文件：					
<input type="checkbox"/> 自傳 <input type="checkbox"/> 推薦表 <input type="checkbox"/> 學生證影本 <input type="checkbox"/> 學年總成績單 <input type="checkbox"/> 論文_____篇，IF_____					
論文數 自審	項目		試算	點數	
	I. SCI 論文				
	A	IF 大於等於 5		5 點	
		IF 大於等三 3-5		4 點	
		IF 大於等於 1-2		3 點	
		IF 小於 1		2 點	
	B	第一作者 or 通訊作者		5 倍	
		第二作者		3 倍	
		第三作者		1 倍	
		其他作者		0.5 倍	
	II. 非 SCI 論文發表				
	C	第一作者 or 通訊作者		5 點	
		第二作者		3 點	
		第三作者		1 點	
		其他作者		0.5 點	
III. 學會壁報發表或口頭論文報告					
D	限第一作者		2 點		

申請人：_____ (簽章) 中華民國： 年 月 日