114年度救國團免費配鏡活動申請單

|  |  |
| --- | --- |
| 班級 |  |
| 座號 |  |
| 姓名 |  |
| 導師簡述申請學生家庭狀況需要補助因素 |

114/3/24前繳至衛生組申請,每校至多五名得到免費配鏡補助

人數超過者將開會決議提供名單