

Hội Y Sĩ Việt Nam
Miền Bắc California
ĐƠN XIN HỌC BỔNG

VIETNAMESE PHYSICIAN
ASSOCIATION
OF NORTHERN CALIFORNIA
SCHOLARSHIP APPLICATION

Tên Họ (Last Name)		Tên Lót (Middle Name)		Tên Gọi (First Name)	
Ngày Sinh (Date of Birth)		Phái (Gender)		Điện Thoại (Home Phone) () -	
Địa Chỉ (Home Address)		City/ State		ZIP Code	Email
Tên Cha (Father)		Tuổi (Age)	Tên Mẹ (Mother)		Tuổi (Age)
Địa chỉ và điện thoại nếu khác trên (Address and phone if different from student's)			Địa chỉ và điện thoại nếu khác trên (Address and phone if different from student's)		
Tên Trường Trung Học (High School Name)			Thành phố trường trung học (City of High School)		
Tên Hiệu Trưởng (Principal)			Điện Thoại (Phone)		
Tên người cố vấn (Counselor)			Điện Thoại (Phone)		

Hai Người Viết Thư Giới Thiệu (Letters of Recommendations)

Tên (Name)	Chức Vụ (Title)
Tên (Name)	Chức Vụ (Title)

We, the undersigned, hereby certify that the information contained in this application is true to the best of our knowledge, and grant the Vietnamese Physician Association of Northern California (VPA-NC) full authority to verify said information. If the applicant becomes a recipient of the Scholarship Award, the VPA-NC is thereby authorized to publish and disseminate said information at its discretion, and shall be held harmless from all claims, liabilities, or legal actions that may arise therefrom.

Ký Tên (Sign) _____
Học Sinh (Student)

Phụ Huynh (Parent/Guardian)

Ngày (Date)