

秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院護理學生獎助學金實施辦法

108.10.30制定

114.05.05修訂

第一條 補助目的

為栽培國內優秀護理人才，協助在學優秀學生能順利完成學業及就業服務，特訂定本辦法。

第二條 申請資格

- 一、國內公私立大專護理科系在學學生，四技二年級或二技一年級生即可申請(中低收入尤佳)。
- 二、前一學年學業成績：智育及實習成績 75 分(含)以上、操行 80 分(含)以上；未曾有不良記錄。

第三條 獎助學金金額

每學年提供10位優秀學生就學獎助學金，每位每年12萬元，須簽立就學獎助金合約，畢業後至本院就職，不含試用期及不與護理人員僱用契約書合併。

第四條 申請方式

依公告期限內，向就讀學校索取或網站取得申請表格或來電索取，並備齊下列文件後，予就讀學校經辦單位辦理申請：

- 一、個人基本資料
- 二、自傳約 1000 字
- 三、前一學年成績單正本或影本須加蓋官防乙份
- 四、教師推薦信函乙份（須彌封）
- 五、學生證影印本及身分證影印本

第五條 評選方式

由秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院審查小組先進行書面審查後，視需要擇優面談通過後，以電話及書面進行通知。

第六條 義務及責任

- 一、凡領取本獎助學金者，應於畢業後當年度至秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院服務，依護理部實際編制缺額單位分發。若有因故無法履行者(如服兵役、繼續深造等)，應向本院護理部簡述事實及經同意後辦理申請延期服務。
- 二、有關前項服務年限說明如下：
凡領取一年獎助學金者，需簽約一年；凡領取兩年獎助學金者，則簽兩年。
- 三、凡領取本獎助學金者，應於接獲通知後兩週內填具畢業後服務合約書，並寄至秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院後，即可於約兩個月後領取申請該學年之獎助金金額。
若無法依前項期限內寄回同意書者，則視同放棄領取權利。
- 四、領取人如無法履行至秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院年限之義務時，須於一個月內以現金或匯款方式，將所領取之全部獎助學金全數退還。

第八條 秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院保有辦法修訂之權利，本辦法於公告日生效，修訂時亦同。

聯絡方式:0975617550 或 chia_wen816@yahoo.com.tw

寄至彰化縣鹿港鎮鹿工路6號3樓護理部

秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院獎助學金申請表

學 生 姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	照片(二吋半身)
出 生 日 期	年 月 日	身 份 證 字 號		
就 讀 學 校		學 制 年 級		
電 話		手 機		
家 長 電 話		E-mail		
學 制	<input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所			
聯 絡 地 址				

檢 附 文 件

- ☐自傳（約1000字）
☐前一學年成績單正本或影本須加蓋官防乙份
☐教師推薦信函乙份（須彌封）
☐學生證影印本及身分證影印本
☐其他有利審查之證明文件（若無，可免繳）（說明：如得獎獎狀、英檢、清寒證明等）

欲申請獎助學金期間

☐_____學年_____學期
 ☐_____學年_____學期

學 業 成 績	1. _____ 2. _____	操 行 成 績	1. _____
實 習 成 績	1. _____ 2. _____		2. _____
申 請 人 簽 章		系 主 任 簽 章	

結果：☐審核通過☐審核不通過

面試意見：

審查者簽名：_____ 年 月 日

人 資 督 導		護 理 部 主 任		院 長	
---------	--	-----------	--	-----	--

秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院
申請獎助學金教師推薦函

一、申請人姓名：_____

二、推薦函

本推薦函將作為秀傳醫療體系獎助學金申請案件審核參考，您的推薦助益甚深，僅此深表感謝之意。填妥後請密封交給申請人（未予密封並於封口簽名者，視為無效）。

就下列項目而言，您對於這位學生評價如何？（請打 ）

評估項目	特 優	優	可	尚 可	不清楚
品 格					
人際關係					
努力程度					
發展潛力					

三、您推薦這位學生的具體理由：

推薦人簽名：_____

任職機構：_____

院科系所/ 職稱：_____

日期：_____年_____月_____日