

檔 號：

保存年限：

童綜合醫療社團法人童綜合醫院 函

地址：43503臺中市梧棲區臺灣大道八段699號
聯絡人：胡瑛麒
電話：04-26581919分機4403
傳真：04-26568734

裝

受文者：高雄醫學大學

發文日期：中華民國106年9月20日

發文字號：童醫字第1060001339號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (310902000Q0000000_1060001339_Attach1.doc)

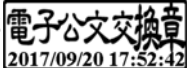
主旨：本院『106年度優秀護理學生獎助學金』開始辦理申請作業，如說明，請 查照。

說明：

- 一、本院為培育優秀護理科系學生，並鼓勵其畢業後至本院服務，特訂定「優秀護理學生獎助學金申請辦法」如附件(含申請表)，敬請鼓勵貴校優秀護理學生踴躍申請。
- 二、申請日期：即日起至106年11月15日截止。

訂




正本：全國各大專院校護理系

副本：本院護理部  2017/09/20 17:52:42

負責人 童瑞年

決行層級：

線

承辦單位	會辦單位	決 行
擬： 1. 復童醫字第1060001339號函。 2. 童綜合醫院在學生獎助學金申請，將轉知學系四年級學生相關訊息 承辦人：  0921 1105 系主任：  0922 1459		院長：  0922 1547

收文文號：1060009901

童綜合醫療社團法人童綜合醫院優秀護理學生 獎助學金申請辦法

106/06/28 修訂

- 一、 **目的：**
為培育優秀護理學生提供就業機會並提昇臨床護理照護能力，鼓勵護理學生畢業後至本院服務，使教學與臨床相輔相成。
- 二、 **對象：**
國內各大專院校護理學系五專五年級、二技二年級、大學/四技四年級之在學學生，不含在職進修班學生，有意願於畢業後至本院服務者。
- 三、 **申請條件：**
前學年度學業成績需各科及格且總平均75分以上，實習成績80分以上，操行(德育)成績在80分以上(或甲等以上)，或前學年度該班成績前1/2者，經護理學系(科)主任推薦。
- 四、 **獎助學金名額與獎助金金額：**
 1. 每年共30名，與本院有建教合作學校護理學生優先錄取。
 2. 每名受推薦之優秀護理學生於在學期間限向本院申請一次之獎助學金補助，業經本院審核通過，本院將一次頒發新台幣壹拾貳萬元之獎助學金以資鼓勵，本院並保有最終核准權。
- 五、 **申請方式：**
 1. 每年申辦2次：第一學期11月15日截止；第二學期4月15日截止。
 2. 學生向護理學系申請並檢附申請資料，由護理學系進行篩選後，寄至本院進行審核。
- 六、 **服務年限：**
經本院審核通過者須與本院簽訂『優秀護理學生獎助學金合約書』，畢業後即至本院服務，其服務年限:簽約二年。
- 七、 **未能如期履行義務者，應依未完成服務年限比例返還已支領獎助金額（不含利息）。返還期限應於規定到職日或解約日起三個月內完成。**
- 八、 **本辦法由童綜合醫院護理部擬訂呈董事會核准實施修正時亦同；效期三年自
105/08/01至108/07/31止。**

童綜合醫療社團法人童綜合醫院優秀護理學生獎助學金申請表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	二吋半身照片 黏貼處
出生年月日	年 月 日	學校		
身分證字號		學制	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技	
戶籍地址				
通訊地址				
E-mail				
聯絡電話	住宅:	手機:		
家長姓名 電話手機	父:	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿;	電話:	手機:
	母:	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿;	電話:	手機:
以下資料由學校提供				
系(所)主任 意見	系(科)/職稱: 推薦事由:		聯絡電話:	
	系(科)主任簽名:			
成績	前學年度學業成績: _____分; 實習成績: _____分; 操行(德育)成績: _____分或_____等; 前學年度該班成績前_____			
檢附文件:				
<input type="checkbox"/> 1.成績單正本(註明班級排名) <input type="checkbox"/> 2.已完成註冊章戳印之學生證影本 <input type="checkbox"/> 3.身分證影本 <input type="checkbox"/> 4.其他有助於申請獎學金之證照或獎狀等附件 <input type="checkbox"/> 5 銀行存摺帳號影本 【依次序裝訂於左上角】				
申請人(簽章): _____				
申請日期: _____年 _____月 _____日				
送件方式: 以掛號郵寄台中市梧棲區臺灣大道八段699號護理部, 請註明『申請優秀護理學生獎助學金』(以郵戳為憑, 逾期不受理)				
醫院審核結果: (學生免填)				
<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 原因: _____				
審核人簽名: _____			核准主管簽名: _____	

