

檔 號：

保存年限：

秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院 函

地址：500彰化市中山路一段542號

聯絡人：謝玉賀督導

電話：04-7256166轉85166

傳真：04-7121014

裝

受文者：高雄醫學大學護理系

發文日期：中華民國107年8月23日

發文字號：明秀(醫)字第1070000900號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (310902000Q0000000_1070000900_Attach1.doc)

訂

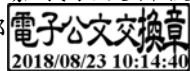
主旨：秀傳社團法人秀傳紀念醫院補助護理學生獎助學金，惠請
貴系協助公告選任優秀護理學生至本院護理部任職，以
貢獻所學服務人群。

說明：貴校護理系為護理專業作育英才頗具盛名，秀傳紀念醫院
為嘉惠護理學子，擬補助護理學生獎助學金每學年10名
， 貴校得選派優秀學生參加遴選，截止日期107年10月31日
止，詳細辦法請參照附件。

線

正本：大葉大學護理系、中國醫藥大學護理系、中山醫學大學護理系、中臺科技
大學護理系、中華學校財團法人中華科技大學護理系、國立臺灣大學醫學
院附設醫院護理系、弘光科技大學護理系、美和學校財團法人美和科技大
學護理系、高雄醫學大學護理系、國立臺北護理健康大學護理系、國立陽
明大學護理系、輔英科技大學護理系、國立臺中科技大學中護健康學院、
長庚大學、嘉義長庚科技大學護理系

副本：本院護理部



收文文號：1070008852

秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院護理學生獎助學金實施辦法

105.02.01 制定/106.01.10 修訂/107.07.10

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、各大學護理系所研究所畢業前一年之在學學生，二技畢業前一年之在學學生，及四技畢業前二年之在學學生。
- 二、前一學年學業成績：智育平均 80 分(含)以上、實習及操行均在 80 分(含)以上；未曾有不良記錄。

第三條 獎助學金額

- 每學年提供 10 位優秀學生就學獎助學金，二年制學生獎助最後一年（每位學生 10 萬元），畢業後至本院就職，簽立就學獎助金合約一年；四年制學生獎助最後二年（每位學生 20 萬元），畢業後至本院就職，簽立就學獎助金合約二年；皆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社團法人秀傳紀念醫院服務。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：
除原應與醫院簽約服務兩年期限(不含試用期)外，凡領取一年獎助學金者，另加簽一年；凡領取兩年獎助學金者，則另加簽兩年。
- 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，並寄至秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院後，即可於約兩個月後領取申請該學年之獎助學金金額。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社團法人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 秀傳醫療社團法人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(04)7256166 轉 85166-8 或 a0109@.show.org.tw
寄至彰化市中山路一段 542 號

107 年秀傳醫療社團法人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		
聯絡地址 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所				
檢文 附件				
<input type="checkbox"/> 自傳 (約 1000 字) <input type="checkbox"/> 前一學年成績單正本或影本須加蓋官防乙份 <input type="checkbox"/> 教師推薦信函乙份 (須彌封) <input type="checkbox"/> 學生證影印本及身分證影印本 <input type="checkbox"/> 其他有利審查之證明文件 (若無, 可免繳) (說明: <u>如得獎獎狀、英檢、清寒證明等</u>)				
欲申請獎助學金期間 <input type="checkbox"/> _____學年_____學期 <input type="checkbox"/> _____學年_____學期				
1. _____ 學業成績				
2. _____				
申請人簽章		系主任		
操行成績 1.		簽章		
2. _____				
結果: <input type="checkbox"/> 審核通過 <input type="checkbox"/> 審核不通過				
意見:				
審查者簽名:				
年 月 日				
院 長 人 資 督 導				
護理主任				

**秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
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書（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

決行層級：

意 見 及 簽 章

承
辦
單
位

擬：將轉知三、四年級在學生相關訊息，並提醒申請截止日為107年10月31日。

承辦人：

系主任：

護理學院 0823
初級組員 顏焰貞 1042

護理學系 0823
主任 吳麗敏 1628

會
辦
單
位

決
行

院長：

授權護理學院院長 0823
王 瑞 霞 1640
決 行