

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

承辦人：謝麗琳

電話：04-7256166

傳真：04-7121014

受文者：高雄醫學大學

發文日期：中華民國110年9月3日

發文字號：明秀(醫)字第1100000953號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

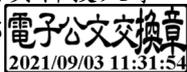
附件：秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院護理學生獎助學金實施辦法
(110090300006_1100000953_Attach1.doc)

主旨：秀傳醫療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110年10月31日
止，詳細辦法請參照附件。

正本：大葉大學、大仁科技大學、中國醫藥大學、中山醫學大學、中臺科技大學
、中華醫事科技大學、弘光科技大學、長庚技術學院、美和學校財團法人
美和科技大學、高雄醫學大學、國立臺灣大學、國立臺北護理健康大學、
國立臺中科技大學護理系國立陽明大學、國立陽明交通大學、嘉義長庚科
技大學、輔英科技大學

副本：本院護理部



收文文號：1100008612

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

107.02.08 修訂/109.10.20 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：
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:0975611367 或 cici711121@yahoo.com.tw
寄至彰化市中山路一段 542 號

一 年秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院獎助學金申請表

秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院

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. _____ 2. _____
申請人簽章		系主任 簽章	

結果: 審核通過 審核不通過

意見:

審查者簽名: 年 月 日

人資督導		護理主任		院 長	
------	--	------	--	-----	--

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	<p>擬：將轉知本學系3年級在學生，以及碩士班承辦人請其轉知碩士生相關訊息，提醒學生自行參酌於期限內提出申請。</p> <p>承辦人 護理學院 初級組員 顏焰貞 0906 0949</p> <p>系主任 護理學系 主任 林淑媛 0906 1056</p>
會辦單位	
決行	<p>院長 授權護理學院院長 李碧娥 0906 1218 決行</p>