

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

105/08/01 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. 每學年度每院所學校至多五名每年共30名，與本院有建教合作學校護理學生優先錄取。
 2. 獎助學金金額以每人十二萬元。
- 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	☐ 男 ☐ 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	☐ 五專 ☐ 大學 ☐ 二技 ☐ 四技	
戶籍地址				
通訊地址				
E-mail				
聯絡電話	住宅：		手機：	
家長姓名	父：		□存□歿；電話： 手機：	
電話手機	母：		□存□歿；電話： 手機：	
以下資料由學校提供				
系(所)主任 意見	系(科)/職稱： 聯絡電話： 推薦事由： 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： ☐ 1. 成績單正本(註明班級排名) ☐ 2. 已完成註冊章戳印之學生證影本 ☐ 3. 身分證影本 ☐ 4. 其他有助於申請獎學金之證照或獎狀等附件 ☐ 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)				
☐ 通過 ☐ 不通過 原因：				
審核人簽名：_____		核准主管簽名：_____		