

衛生福利部嘉義醫院產學合作獎學(助)金實施辦法

112.08.22 制定

一、主旨：

為提昇本院醫療量能並提供莘莘學子能安心就學，學成後順利銜接就業，醫療院所與校方一起人才共育、產學合作，培育專業人才，創造學生、學校、業界多贏的情況。

二、適用對象：

(一)護理人員：各級學校護理相關科系在學學生(延畢生、研究生及在職進修班學生不試用。

1. 大學三、四年級。
2. 二技一、二年級。
3. 四技三、四年級。
4. 五專四、五年級。

(二)照顧服務員：各級學校相關科系在學學生，同(一)1-4 學生。

三、計畫內容：

(一)申請項目、獎助名額及獎助金額

1. 獎學金：每學期獎助 20 名護理科系學生，提供 6 萬元整獎學金，每人至多可申請 4 學期。
2. 獎助金：每學期獎助 20 名學生（含護理科系及長照相關科系），提供 3 萬元整獎助金，每人至多可申請 4 學期。
3. 獎學金及獎助金只能擇一提出申請。

(二)申請條件：(二技入學，提供專科成績:其餘申請，提供前一年成績)

1. 獎學金：

- (1)操行成績平均在甲等或 80 分以上。
- (2)學業成績需各科及格且總平均分數達 75 分以上。
- (3)各科實習成績 75 分以上(提供申請學期上一學年度成績)。
- (4)能確實遵守應盡義務者。

2. 獎助金：

- (1)操行成績平均在甲等或 80 分以上。
- (2)學業成績總平均分數須達 70 分以上。
- (3)各科實習成績 70 分以上。
- (4)能確實遵守應盡義務者。

四、申請方式：

- (一)每年辦理 2 次，第一學期 9 月 30 日，第二學期 3 月 31 日截止。
- (二)欲申請之在校生，應於截止期限前向學校提交申請表並檢附相關佐證資料，由學校進行審核後推薦。
- (三)學校將獎助金申請名單及合格學生資料交予衛生福利部嘉義院審核；請以掛號寄「嘉義市北港路 312 號，衛生福利部嘉義醫院護理科收」。

五、申請者繳交檢附資料

- (一)產學合作獎助金申請表
- (二)獎助金申請審查表
- (三)在學成績證明(正本)
- (四)護理師證書(影本，如已取得)

六、權利與義務：

- (一)獲補助獎學金及獎助金之在校生，須於畢業後 3 個月內至本院護理科管轄之臨床單位服務(不包含門診)，依申請獎學/助金學期為服務期限，例：申請三學期獎學/助金至少於本院服務滿 1.5 年期限、申請四學期獎學/助金至少於本院服務滿 2 年期限。

- (二)若未取得護理師證書將以實習護士或照顧服務員任用。

如畢業之日起至次年 9 月 30 日止未考取護理師執照者，需配合本院人力安排以實習護士或照顧服務員任用，必要時轉調單位，且其合約期間依原本之 1.5 計算，即原 1 年合約需服務 1 年 6 個月；2 年合約需服務 3 年。

- (三)取得護理師證書將依據本院約用護理師任用，其薪資、福利待遇與正式員工相同。院方評估個人特質及業務情形安排就職單位，本院依規定敘薪，並提供護理人員到職訓練協助輔導及適應。

- (四)申請補助生活獎學金之在校生因故終止領取相關經費，需檢附「終止領取獎補助經費同意書」向學校提出轉送本院申請，經審查同意後 1 個月內無息繳還所領取之費用予本院。

(五) 獲得獎補助人員如未完成履行服務保證義務時，退還金額以未完成之服務保證義務年限按比例計算，於離職日前一次全部退還醫院；另任職期間未通過教育訓練之考核或全院員工之年度工作考核標準而不續聘（資遣）者，亦同。

(六) 遇有第五項情事者，可於醫院相關章程或法令規範行使行政救濟提出申覆程序。

七、計畫之督導考核：

本計畫之年度執行期間，本院將針對學校之申請案件之辦理文書程序、相關申請案件之文書表單正確性、申請學生之經費領受情形、學生在校就學狀況等等情事進行不定期督考作業並記錄存查，若有重大違失經通知一個月未改善者，將終止相關計畫之執行。

衛生福利部嘉義醫院產學合作獎學(助)金申請表

姓名	性別	生日 年 月 日		粘貼照片
身分證字號		聯絡電話		
戶籍地址				
通訊地址				
學校名稱	科系	年級	☐ 日間 ☐ 夜間	
重大/慢性疾病 ☐ 無 ☐ 有 _____		服用藥物 ☐ 無 ☐ 有 _____		
家長姓名：		聯絡電話		申請 ☐ 獎學金
關係：				☐ 獎助金
自傳				
家庭背景				
興趣嗜好/社團經驗				
求學過程				
來來期望				

申請人簽名：_____ 填表日期： 年 月 日

衛生福利部嘉義醫院產學合作獎學(助)金申請審查表

姓名		學校		班級	
學年度		學期		學號	
在校	學業成績：			實習成績：	
成績	操行成績：				
活動 參與 與工 作內 容					
特 殊 貢 獻					
校方	審核推薦人		校方科／系主任		
本院	委員審核結果				
	☐ 符合 ☐ 不符合				

申請人簽名：_____ 填表日期： 年 月 日

衛生福利部嘉義醫院產學合作獎學(助)金家長同意書

本人為_____之☐父 ☐母 ☐法定監護人，茲同意 _____

領取衛生福利部嘉義醫院提供之產學合作獎學(助)金計新台幣_____萬元整，並履行至衛生福利部嘉義醫院服務____年之承諾。屆時若未履行應服務期限，同意一個月內無條件按比率一次退還已請領之獎學金。

立同意書人：

身分證字號：

行動電話：

戶籍地址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日

終止領取衛生福利部嘉義醫院產學合作獎(學)助金同意書

本人_____自_____年_____月_____日起領取衛生福利部嘉義醫院提供之產學合作獎學(助)金計新台幣_____萬元整。

現本人因_____自動提出申請終止向衛生福利部嘉義醫院領取獎學(助)金，並同意一個月內無條件退還前述已領之獎學金。

立同意書人：_____簽章

身分證字號：

連絡電話：

戶籍地址：

-----家

長同意證明：

本人為_____之☐父 ☐母 ☐法定監護人，茲同意_____終止向衛生福利部嘉義醫院領取獎學(助)金之申請，並同意一個月內無條件退還前述已領之獎學金。

立同意書人：_____簽章

身分證字號：

連絡電話：

戶籍地址：

中華民國_____年_____月_____日