

附件一

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------|-----|
| 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                               | 出生日期        | 年 月 日                                                 | 照片  |
| 身分證字號                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                               | 性別          | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |     |
| 聯絡電話                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 電話:( ) 手機:                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                       |     |
| 戶籍地址                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                       |     |
| 聯絡地址                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                       |     |
| 就讀學校                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                               | 電子信箱        |                                                       |     |
| 學制                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 大學                                                                                                                                               |             | 年級                                                    |     |
| 請依序排列檢附資料：<br><input type="checkbox"/> 1.在學證明正本乙份。<br><input type="checkbox"/> 2.前一學年在校成績單及操行成績證明正本乙份。<br><input type="checkbox"/> 3.自傳。<br><input type="checkbox"/> 4.護理科系學生獎學金服務合約正本(乙式貳份)。<br><input type="checkbox"/> 5.身分證正反面影本乙份。<br><input type="checkbox"/> 6.申請人個人金融機構帳戶封面影本(匯款用)。 |                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                       |     |
| 申請人簽章:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                               | 申請日期: 年 月 日 |                                                       |     |
| 法定代理人簽章:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                       |     |
| 以下由醫院填寫                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                       |     |
| 收件記錄                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 資料齊全<br><input type="checkbox"/> 須補件(上述應附文件代碼)_____<br>補件通知: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 電子信箱, 聯絡人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他_____<br>聯絡日期: 年 月 日 |             |                                                       |     |
| 審核結果                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 建議_____                                                                                                                                                                                              |             |                                                       |     |
| 院長                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 教學副院長                                                                                                                                                                                                                                                         | 管理中心        | 教學研究部                                                 | 護理部 |
| 1.更改姓名者請在旁註明並檢附新版身分證影本(舊名及新名)以方便作業。<br>2.學校及系別請寫明全名;無關證件免送。<br>3.郵寄掛號至:33069 桃園市桃園區建新街123號護理部收 電話:(03)361-3141 分機3702                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                       |     |

**沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院**  
**護理科系學生獎學金服務合約**

附件二

立合約人

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院

(以下簡稱甲方)

(獲本獎學金之學生)

(以下簡稱乙方)

(乙方之法定代理人)

(以下簡稱丙方)

茲為甲方支付乙方獎學金，乙方同意於畢業後當年即至甲方任職提供勞務事宜，雙方秉持誠信原則，同意遵守下列條款：

- 一、甲方同意支付乙方\_\_\_\_\_學年度，每學期新台幣伍萬元整，上、下學期共計壹拾萬元整之護理科系學生獎學金(下稱本獎學金)。
- 二、乙方同意於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(如乙方為參加每年七月護理師執照考試之學生，於八月第一週辦理報到)至甲方辦理報到及任職。若因故無法如期報到者(如：服兵役)，應向甲方提出說明並經甲方同意後，申請延期報到。
- 三、乙方同意自至甲方任職日之翌日起貳年內，均持續於甲方任職服務。
- 四、乙方於甲方服務期間，應遵守甲方醫院管理及工作規則。
- 五、乙方在學期間因故欲終止領取本獎學金者，須提出「終止領取護理獎學金申請書」，並於接獲甲方通知後一個月內以現金或匯款方式，支付與其自甲方領取之本獎學金同額之金額予甲方。
- 六、乙方在學期間因中途休學、延遲畢業、遭受退學處分者，須主動通知甲方，並於接獲甲方通知後一個月內以現金或匯款方式，支付與其自甲方領取之本獎學金同額之金額予甲方。
- 七、乙方同意，其未於畢業後當年至甲方任職服務時，應於本合約第二條約定報到日期之一個月內以現金或匯款方式，支付與其自甲方領取之本獎學金同額之違約金予甲方。
- 八、乙方瞭解及同意，其畢業後至本院任職服務時，應比照一般員工與甲方簽立員工合約。員工合約內約定乙方於試用期間屆滿日之翌日起壹年內離職者(試用期間除外)，乙方同意賠償以離職時壹個月固定薪資計算之違約金予甲方；若甲方於前述期間(試用期間除外)終止雙方僱傭關係者，則由甲方賠償以乙方當時壹個月固定薪資計算之違約金予乙方。另乙方同意，因其領有本獎學金，故若乙方於到職日之翌日起貳年內(下稱服務年限)發生下列事項，視為違反本合約，乙方應支付以自甲方領取之獎學金同金額乘以發生日當月距離服務年限之月數(未滿一月以一月計)所占 24 個月比例計算<sup>1</sup>之違約金

<sup>1</sup> 例：乙方到職日為 2016.08.01，離職日為 2017.06.15，乙方已領取 10 萬元之本獎學金，服務年限至 2018.07.31 期滿，算至 2017.06.15，乙方於甲方服務 10 個月，未滿 11 個月，發生日當月距離服務年限之月數為 13.5 個月，未滿 1 月以 1 月計，故為 14 個月，則乙方應支付  $100,000 \times (14) / 24 = 58333$  元之違約金予甲方。(提醒：違約性質之賠償金，並非所得之減少，不得在賠償違約金之該年度所得中扣除。)

予甲方：

(一)自行離職。

(二)因故無法接受甲方安排之服務單位而轉任其他單位職務。

九、乙方畢業後至本院服務，若於到職日之翌日起壹年後仍未考取護理師執照者，得轉任護理助理員服務至到職日之翌日起滿貳年，無須依本合約第七條規定支付甲方違約金。

十、丙方為乙方之☐父 ☐母 ☐法定代理人/監護人，現同意乙方簽立本合約、領取本獎學金，並同意乙方於本合約第二、三條約定期限至甲方任職提供勞務，且遵守本合約相關規定。丙方同意連帶保證乙方因本合約規定所負擔之義務與責任，若乙方有任何違約情形，丙方願放棄先訴抗辯權並負擔連帶賠償責任。

甲方：沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院

代表人 沈雅蓮

簽章

乙方：

簽章

身分證字號：

電話：

住址：

丙方：

簽章

身分證字號：

與乙方之關係：

電話：

住址：

中 華 民 國 ，      年      月      日