

附件一 衛生福利部基隆醫院產學合作獎助金申請表 申請序號：

姓名		性別		年齡	歲(年 月 日生)	請貼一寸 半身 照片
身分證 字號			email			
聯絡 電話	(H) (O)		手機			
戶籍所 在地	□□□□□					
通訊處	□□□□□					
專門技 術考試	年度	考試類別			證書日期文號	
在學 資料	學校名稱		科系		日/夜間	
	學年度		學期		班級	學號
備註	附件 <input type="checkbox"/> 資格審查表 <input type="checkbox"/> 成績單 <input type="checkbox"/> 活動相關文件影本 <input type="checkbox"/> 其他					
自傳						
家庭背景：						
興趣嗜好/社團經驗：						
求學過程：						
為何選擇所讀科系：						
未來抱負：						

※本表所填及檢附資料均屬確實，如經發現不實，願負法律責任。(不敷填寫請自行影印)

申請人簽名：_____ 填表日期：_____年_____月_____日

衛生福利部基隆醫院產學合作獎助金申請審查表					
姓名		學校		班級	
學年度		學期		學號	
在校成績	學業成績				
	操行成績				
活動參與與工作內容					
特殊貢獻					
校方	審核推薦人			校方系主任	
本院	委員會審核結果				
	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合				

第一學期 11 月 30 日截止；第二學期 4 月 30 日截止。

衛生福利部基隆醫院產學合作獎助金審核表

申請條件	護理科初審	備註
1.操行成績平均需在甲等或八十分以上。		學校成績，如(附件)
2.學業成績需各科及格且總平均分數須在七十分以上。		學校成績，如(附件)
3.各科實習成績七十五分以上		學校推薦，如(附件)
4.經濟困難者(由校方篩選)		學校推薦，如(附件)
5.完成簽約。		

製表人：

主管：

衛生福利部基隆醫院(以下簡稱甲方)

立合約書人 _____(以下簡稱乙方)茲為甲方提供乙方獎學金事宜，雙方秉持誠信原則，同意遵守下列條款：

- 1.獎助金額:每學期獎助新台幣伍萬元整。
- 2.履約年限:乙方畢業後應至甲方服務獎助之年限，乙方應於畢業一個月內和甲方約定報到時間，為____年____月____日至____年____月____日。(每申請一學期補助者簽約一年)。
- 3.乙方至甲方服務期間，應遵守甲方醫院管理及工作規則之規定。
- 4.乙方接受獎助期間，如中途休學、延遲畢業、遭受退學處分或因其他因素，以致無法於應報到日辦理報到者，應於事實發生日一個月內，一次退還所領取之全數獎學金予甲方。
- 5.乙方畢業後應於____年____月____日至甲方辦理報到，惟若因服兵役，應於兵單通知後一週內主動告知甲方，經本院同意後辦理申請延期服務，並於退伍後二週內至甲方辦理報到；甲方如有特殊考量，得要求乙方參加當年度(畢業年度)七月之護理師執照考試後始至甲方辦理報到，乙方不得以任何理由申請延後報到或不辦理報到，否則視同違約。
- 6.乙方畢業後至甲方服務，應於畢業一年內考取護理師執照，若未順利考取，應配合院方業務及薪資調整。
- 7.乙方於報到任職後，須依簽立之不定期勞動契約及領取獎學金應履行之服務期限，因故未能繼續履行服務合約，須依簽立之不定期勞動契約辦理，並按比率退還未履行服務期間之獎學金予甲方。
- 8.於本契約有效期間內，乙方連帶保證人負連帶保證之責(乙方連帶保證人為其父母或法定代理人)。

甲方：衛生福利部基隆醫院

代表人(院長)

簽章

乙方：

簽章

身份證字號：

電話：

乙方連帶保證人：

簽章

身份證字號：

關係：

電話：

住址：

中 華 民 國 年 月 日

家長同意書

本人 _____ 為 _____ 之 ☐父 ☐母 ☐法定監護人，茲同意 _____

領取衛生福利部基隆醫院提供之獎學金計新台幣 _____ 萬元整，並履行至衛生福利部基隆醫院服務 _____ 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領之獎學金。

立同意書人：

簽章

身份證字號：

行動電話：

戶籍住址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日

終止領取衛生福利部基隆醫院獎學金同意書

本人 _____ 自 ____ 年 ____ 月 ____ 日起領取衛生福利部基隆醫院提供予本人之獎學金計新台幣 _____ 萬元整。

現本人因 _____ 自動提出申請終止向衛生福利部基隆醫院領取獎學金，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

身份證字號：

行動電話：

戶籍住址：

電話：

家長同意證明：

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

立同意人： _____ 簽章

身份證字號：

行動電話：

戶籍住址：

中 華 民 國 年 月 日