

衛生福利部雙和醫院護理學生職涯飛揚獎助學金申請表

姓 名		身分證字號	
學校/科系		年 級	
戶籍地址			
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> □□□-□□		
E-mail			
聯絡電話	住宅：		手機：
父母姓名	父： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿		母： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿
申請項目	<input type="checkbox"/> 簽一個學年 <input type="checkbox"/> 簽二個學年		<input type="checkbox"/> 生活補助方案(二技專屬)
以下資料由學校提供			
系(所)主任 意見	系(所)/職稱： _____ / _____ 聯絡電話： _____ 推薦事由： _____ 系(所)主任簽名： _____		
成 績	113 學年度學業成績： _____ 分(≥75 分)；實習成績： _____ 分(≥80 分)；二技/專科 ≥78 分)；操行(德育)成績： _____ 分(≥80 分)。		
附 件	<input type="checkbox"/> 1.職涯飛揚獎助學金申請表(需有系主任意見和簽名) <input type="checkbox"/> 2.成績單正本 (每學年成績單；二技學生需另提供五專成績單) <input type="checkbox"/> 3.學生證影本 (需蓋有註冊證明或在學證明)*2 份 <input type="checkbox"/> 4.身分證影本 *2 份 <input type="checkbox"/> 5.職涯飛揚獎助學金合約書 *2 份 <input type="checkbox"/> 6.大專學生無專職工作聲明書 <input type="checkbox"/> 7.領據 <input type="checkbox"/> 8.撥款帳號封面影本 <input type="checkbox"/> 9.採「技優推薦」：本院護理部主管推薦函 <input type="checkbox"/> 10.其他有助於申請獎學金之證照或獎狀等附件(如：TOEIC)		
審核結果	(審核日期 _____) <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 原因：_____		護理部主任：

備註：送件方式：請於 **114/12/20** 前以掛號郵寄 雙和醫院護理部李佳蓉護理長收
(235 新北市中和區中正路 291 號-行政大樓 1 樓護理部收)

請註明：申請職涯飛揚獎助學金

衛生福利部雙和醫院

護理學生職涯飛揚獎助學金合約書

立合約書人 衛生福利部雙和醫院（委託臺北醫學大學興建經營）（以下簡稱甲方）及
_____（護理學生職涯飛揚獎助學金申請者，以下簡稱乙方），茲因甲方提供乙方獎助學金一事，雙方本於誠信原則，經協議一致，訂立本合約，條款如下，雙方應共同遵守：

- 第一條 乙方接受本獎助學金，其金額為每人每學年（即上下學期）新台幣壹拾貳萬元整。本獎助學金最長補助兩學年。倘乙方簽署兩年期合約，除既有獎助金外，得申請生活補助一次，金額為新台幣壹拾貳萬元整。
- 第二條 乙方應於應屆畢業當年6月1日（含）起，最遲於同年9月20日（含）前至甲方報到服務，並依甲方指示任職。若因依法申請育嬰留職停薪或兵役義務，得另案處理，服務期限順延。乙方若於畢業前續申請本獎助學金，應另行簽訂合約，服務年限延長一年，最多簽訂兩次合約。本次申請為第（一/二）次，自報到日起需履約（一/二）年。若另申請生活補助者，服務年限再加一年。
- 第三條 乙方於甲方服務期間，應遵守甲方相關醫院管理辦法及工作規則，並享有與甲方專任員工相同之福利及權利。
- 第四條 若乙方在學期間發生下列情形，視同違約：休學、延遲畢業、轉科至非護理系、遭退學處分、主動解約；或其他非因第二條所述原因，致無法於規定報到日服務者。乙方應於事實發生後一個月內通知甲方，並於三個月內無息償還已領取之全數獎助學金（含生活補助）。
- 第五條 乙方若於畢業次年9月30日前未取得護理師執照，甲方得以實習護士任用，其任職期間計入合約履約期間。倘若至次年9月30日後仍未取得執照，或於合約期間主動離職、轉調非護理部門，即視為違約。
- 第六條 如乙方違約，應依實際服務月數比例，無息歸還已領取之獎助學金（含生活補助），並應自規定到職日（未報到者）或解約日（中途解約者）起算，於三個月內完成全額返還。
- 第七條 本契約有效期間內，乙方之連帶保證人（須為其父母、配偶或法定代理人），對乙方所應履行之義務，負連帶保證責任。
- 第八條 本契約正本一式兩份，甲、乙雙方各執一份為憑。若發生爭議，雙方同意以臺灣新北地方法院為第一審管轄法院。

甲 方：衛生福利部雙和醫院（委託臺北醫學大學興建經營） 簽章
地 址：新北市中和區中正路 291 號
電 話：(02) 2249-0088

乙 方： 簽章
身份證字號：
地 址：
電 話：

乙方連帶保證人： 簽章
身份證字號：
關 係：
地 址：
電 話：

中 華 民 國 年 月 日

大專學生無專職工作聲明書

姓名：	身分證號：	出生日期： 年 月 日
就讀學校：(專科學校或大學學士班)		年級：
給付所得單位(以下簡稱貴單位)：		

本人未以專職員工身分參加健保，且受領 貴單位之
(兼職)薪資所得，未達中央勞工主管機關公告之基本工資，依全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第4條第3項第7款規定，請 貴單位免扣取本人補充保險費，謹依照該辦法第5條第1項第7款規定，提具下列證件，以資證明。如有不實，願依全民健康保險法暨相關法律規定處理，特此聲明。

最近一學期之學校註冊單

蓋有註冊章之學生證

聲明人： 簽章

中華民國 年 月 日

領 據

日期： 年 月 日

茲收到 貴院 費，(現金 支票 匯款)
計新台幣： 拾 萬 仟 佰 拾 元整
特立此據，以茲證明。

此 致

衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)

立 據 人： _____ (簽章)

院內員工： _____ (員工編號或身份證字號)

院外人士： _____ (身份證字號)

(外國人士請填居留證號或護照號碼)

戶籍地址： 縣 鄉鎮 村
市 市區 里 鄰

應收金額：

代扣金額：

代扣健保補充保費：

實收金額：

街 路 段 巷 弄 號 樓