

大千綜合醫院護理獎助學金服務承諾切結書

本人 _____ 因獲得大千綜合醫院之護理獎助學金，本人同意依大千綜合醫院護理獎助學金辦法，於 _____ 學校畢業後，至大千綜合醫院工作 _____ 年整，(若有多次申請獎助學金必須累加服務年限，請詳述於第 7 點)並遵守以下協議：

- 1.本人僅能向一家醫療院所申請獎助學金。
- 2.本人未如期畢業，應繳回全額獎助學金予大千綜合醫院。
- 3.本人未於畢業後該年 9 月 1 日前至大千綜合醫院履約者，應繳回全額獎助學金予大千綜合醫院。
- 4.本人應於畢業到職後至次年 9 月 30 日前取得護理師證書，若未能取得護理師證書，須接受大千綜合醫院調整職務及薪資，並須繳回全額獎助學金。
- 5.接受獎助金學生至本院服務，未依承諾履約、履約期未滿、遭受停職處分或中途離職者，視同違約，須繳回全額獎助學金及相關合約優免或領用之費用。
- 6.本人同意大千綜合醫院保有履行義務及賠償者之法律追訴權。
- 7.本人目前就讀護理科(系) _____ 年級，本次為第 _____ 次申請獎助學金，含本次累積獎助學金金額為新台幣 _____ 元，含本次累積合約年限 _____ 年。

此致 大千綜合醫院

立切結書人： (簽章)

監護(法定代理人)人： (簽章)

身分證字號：

身分證字號：

連絡電話： 手機：

連絡電話： 手機：

連絡住址：

身分證正、反面影本(立切結書人)	身分證正、反面影本(監護(法定代理人)人)
正面浮貼處	正面浮貼處
反面實貼處	反面實貼處

中華民國 年 月 日

大千綜合醫院 護理獎助學金申請表

就讀學校：

就讀學制：五專二專四技/大學二技

申請日期： 年 月 日

姓名		出生年月日	年 月 日	家長(監護人)				
班級	年 班	身份證字號		連絡電話				
畢業年度	年 月	連絡電話	H:	手機:				
戶籍地址								
通訊地址								
申請經驗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，____年____月， <input type="checkbox"/> 錄取(____學年)， <input type="checkbox"/> 未錄取 <input type="checkbox"/> 是，____年____月， <input type="checkbox"/> 錄取(____學年)， <input type="checkbox"/> 未錄取 <input type="checkbox"/> 是，____年____月， <input type="checkbox"/> 錄取(____學年)， <input type="checkbox"/> 未錄取 <input type="checkbox"/> 是，____年____月， <input type="checkbox"/> 錄取(____學年)， <input type="checkbox"/> 未錄取							
各學年操行暨學業成績								
三年級	學業	上學期	分	平均 分	操行	上學期	分	平均 分
		下學期	分			下學期	分	
四年級	學業	上學期	分	平均 分	操行	上學期	分	平均 分
		下學期	分			下學期	分	
檢附相關資料	<input checked="" type="checkbox"/> 自傳(電腦謄打、12號字體、A4)-抬頭請註明班級、學號、姓名，再進行分段撰寫。 <input checked="" type="checkbox"/> 歷年成績證明正本乙份。 其他： <input type="checkbox"/> 中/低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 原住民身份-戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> _____。 就學貸款： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是							
校內審查								
(1)生輔組檢核			(2)班導師推薦					
經檢核，至申請本護理獎助學金之前 <input type="checkbox"/> 未受小過以上之處分。 <input type="checkbox"/> 曾受小過以上之處分。			請就以下項目具體描述 <input type="checkbox"/> 學習： <input type="checkbox"/> 品性： <input type="checkbox"/> 言行： <input type="checkbox"/> 人際：					
簽章：_____年 月 日			簽章：_____年 月 日					
(3)科系主任審查			(4)審查結果					
			<input type="checkbox"/> 錄取：____學年 <input type="checkbox"/> 未錄取					
簽章：_____年 月 日			簽章：_____年 月 日					

*敬請詳閱本護理獎助學金申請辦法，填寫此申請表者，視為同意實施本辦法之內容。

*本護理獎助學金申請表於審查完畢後，不論錄取與否，將統一保存於大千綜合醫院護理部，不提供其他單位使用。

制定日：102.09.23
 修訂日：109.07.23 三修
 表單編號：4-A8-248