

屏東榮民總醫院醫事職類學生獎助學金申請實施作業規定

113年6月7日制定

- 一、依據輔導會獎助醫事及長期照顧職類學生計畫，及培育屏東榮民總醫院含龍泉分院(以下簡稱本院)人才，提供優秀醫事職類學生獎助金及就業機會，特訂定本作業規定。
- 二、申請對象資格、獎學金金額及申請方法等，依「屏東榮民總醫院獎助醫事職類學生獎學金申請人資格、獎學金金額及申請方法一覽表」辦理(如附件一)。
- 三、各職類學生獎學金獎助名額，視經費預算情形與實際需求彈性分配調整運用。
- 四、評選：申請資料須經本院聘用單位之主管組成審查小組辦理審查作業，得視需要進行面試複審，核定後公布核准名單。唯符合資格人數超過錄取人數時，由聘用單位主管，以在校學業成績或操行成績高低優先排序，擇優錄取。
- 五、撥款：由聘用單位依行政程序辦理獎學金發放作業，自核定後次月起匯至申請人之指定帳戶。
- 六、獲本院獎學金獎助之申請人，應負下列義務及責任：
 - (一)在學期間應遵守校規，敦品勵學、端正儀容舉止。如有違反校規或實習期間經單位主管考核未通過者，停止獎學金獎助，並無息返還已領之全額獎學金。本院各職類主管單位得於學期結束前一週，函請申請人就讀之學校提供有無違反校規資料，以作為是否繼續發放獎學金之依據。
 - (二)在學期間因故欲終止領取本院所提供之獎學金獎助者，需檢附「終止領取獎學金同意書」(如附件四)向本院各職類主管單位申請，並自申請之日起一個月內，以現金或匯款方式無息返還已領之全額獎學金。
 - (三)畢業後當年度應依本院各職類主管單位通知之到職日辦理報到，並履行服務義務。因故無法履行者(如服兵役，須出具徵集令通知單)，應於事實發生日起一週內，主動向各職類主管單位提出申請，經同意後延後報到或延期服務；無故未依通知到職日辦理報到者，經聯繫或接獲人事室

通知未辦理報到通知日一個月內，以現金或匯款方式無息返還已支領之獎學金。

- (四) 參加畢業當年度之執照考試未及格者，得於畢業後一年內取得證照，若一年內考試均未及格者，即視為違約，由本院各職類主管單位於榜示後一個月內通知當事人以現金或匯款方式無息返還已領之全額獎學金。
- (五) 護理系學生如未取得護理執業執照，本院護理部有合適之職缺時且個人有意願轉任本院其他護理相關職務(如病房書記等)，經護理部面試錄取後，可視同履行服務保證義務。
- (六) 到職後，由本院分發服務單位(含龍泉分院)，不得表示異議。
- (七) 履行服務保證義務依申請獎助學金年限，未達合約年限前因故離職、未通過試用考核、記大過處分、年度考核丙等、具勞動基準法第十二條之情形者，均視同違約。申請人應於離職日前，以現金或匯款方式無息返還已領之全額獎學金。
- (八) 如未依期限全額返還已領之獎學金，由申請人之連帶保證人償還之，並無條件放棄先訴抗辯權。

附件一

屏東榮民總醫院醫事職類學生獎助學金申請條件、員額資格金額及方法一覽表		
職類	申請條件員額資格與金額	申請方法及檢附資料
護理系	<p>1. 每學年 30 名(視醫院當年度缺額調整)，符合下列資格且仍在學身分，可提出申請：</p> <p>(1) 五專制護理科四年級下學期。</p> <p>(2) 四年制大學或日間四技護理系三年級下學期學生。</p> <p>(3) 日間二技護理系一年級下學期。</p> <p>(4) 排除對象：在職進修班學生、延畢生、研究生、及其他獎助學金方案。</p> <p>(5) 申請條件前學年度學業成績須各科及格且總平均 75 分(含)以上。操行成績 80 分(含)以上或甲等。或前學年度該班成績前 1/3 者，經科、系、所主管推薦。</p> <p>備註：鼓勵設籍屏東縣學生參與；提供榮民子女或榮民遺眷子女與清寒學生身分保障名額。</p> <p>2. 符合上列申請條件資格，且經本院核定後，方可支領：</p> <p>(1) 五專制:每學期定額新臺幣 6 萬元整，一學年度新台幣 12 萬元整。</p> <p>(2) 大學、四技、二技:每學期定額新臺幣 8 萬元整，一學年度新台幣 16 萬元整。</p>	<p>1. 申請期間：每年 10 月 31 日截止。</p> <p>2. 學生向所就讀學校護理系提交申請單(附件二、三)並檢附資料，經學校初審後推薦至本院護理部。</p> <p>3. 獎學金申請書需檢附資料：</p> <p>3-1.申請人國民身分證正反面影本。</p> <p>3-2.本人金融機構帳戶存摺影本(匯款用)。</p> <p>3-3. 在學證明。</p> <p>3-4.前一年成績表。</p> <p>3-5.獎學金服務契約書。</p> <p>3-6.二技二年級在學學生選擇於本院實施就業前選習(含最後一哩、就業學程、綜合選習)申請獎學金者，另需檢附「護理師證書影本」。</p> <p>3-7.自傳(內容 1 千字以上，含成長過程、求學經歷、在校表現及未來生涯規劃)。</p>

附件二

屏東榮民總醫院醫事職類學生獎助學金申請表

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	兩吋照片 (三個月近照)
身分證字號		聯絡電話		
家長姓名：	關係：	電話：		
電子信箱				
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
就讀學校		科系		
預計畢業日期：	年 月 日			
學制	學制：_____年級：_____擬申請_____學年度獎助金			
匯款銀行/郵局	銀行/郵局 分行、帳號： (如未填寫或填寫錯誤，致匯款失敗，需自行支付匯款手續費)			
檢附申請人資料：		申請職類：		
<input type="checkbox"/> 身分證、學生證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 各學期成績單正本或影本加蓋關防。 <input type="checkbox"/> 自傳(內容 1 千字以上，含成長過程、求學經歷、在校表現及未來生涯規劃)。 <input type="checkbox"/> 其他證明文件(如：特殊專長及具體事蹟證明文件、專技證書影本、通過第一階段專技高考考試證明文件)。 <input type="checkbox"/> 本人金融機構帳戶存摺封面影本(匯款用)。		<input type="checkbox"/> 護理(科)系(<input type="checkbox"/> 有證書 <input type="checkbox"/> 無證書) <input type="checkbox"/> 藥學院(系、所)		
申請人簽章：		申請日期： 年 月 日		
家長或監護人簽章(申請人未成年)：		申請日期： 年 月 日		
院(系或科、所)主任簽章：_____		日期： 年 月 日		

附件三

屏東榮民總醫院醫事職類學生獎助學金服務契約書

茲_____ (醫療機構全銜，以下簡稱甲方)與
_____ (以下簡稱乙方)秉持誠信原則，同意
遵守下列條款：

- 一、獎助金額：甲方提供乙方每學期獎助金新臺幣_____元，獎助金總額新臺幣_____元，一次給付。
- 二、履約年數：乙方應於畢業後_____個月內和甲方約定報到時間，自報到日起服務_____年。
- 三、乙方請領獎助金時，應備具領據及相關資料向甲方辦理核銷。
- 四、乙方在學期間因故欲終止領取甲方所提供之獎助金，須檢附「終止領取(醫院名稱)醫事及長期照顧職類學生獎助金同意書」向甲方申請，並自核定之日起一個月內，以現金或匯款方式無息返還已領之全額獎助金。
- 五、參加畢業當年度之執照考試未及格者，得於畢業後一年內取得證照，若一年內考試均未及格者，即視為違約，由本院各職類主管單位於榜示後一個月內通知當事人以現金或匯款方式無息返還已領之全額獎助金。
- 六、乙方畢業後當年度應依甲方通知之到職日辦理報到，並履行服務義務。倘因故無法履行者(如服兵役)，應於知悉該事由起一週內，主動向甲方提出申請，經同意後延後報到或延期服務。
- 七、乙方無故未依甲方通知到職日辦理報到者，於接獲返還已領之全額獎助金通知之日起一個月內，以現金或匯款方式無息返還。
- 八、乙方到職後，由甲方分發服務單位，服務期間應遵守甲方醫院管理及工作規則之規定。
- 九、乙方於未達合約年數前因故離職、記大過處分、年度考核丙等、具勞動基準法第十二條之情形者，均視同違約。乙方應於離職日前，以現金或匯款方式依未完成履行之服務年數，按比例一次返還已領之全額獎助金予甲方。
- 十、乙方同意甲方提供其申請獎助金及履約情形之相關個人資料予乙方所屬學校，俾利該校協助宣導甲方獎助金申請相關事宜。

- 十一、 乙方依本契約所負擔之義務不履行時，同意接受甲方依行政程序法第一百四十八條規定，以本契約為強制執行名義逕為執行。
- 十二、 乙方履行服務年數期間不得與其他契約所訂履約服務年數併行。
- 十三、 本契約簽訂前，應由乙方覓妥連帶保證人，經甲方同意後始得簽約。連帶保證人因乙方不履行本契約各項約定或因契約關係消滅後發生之一切義務，均負連帶清償責任，並放棄民法第七百四十五條先訴抗辯權。
- 十四、 保證期間連帶保證人申請除去保證責任時，乙方應立即覓妥更換，經甲方同意並辦妥換保手續後，原連帶保證人始得除去保證責任。
- 十五、 本契約書一式兩份，雙方各執一份；若因本契約內容之爭訟，雙方同意以甲方所在地之地方法院為第一審管轄法院。

甲方：（醫院名稱）

代表人（院長）

簽章

乙方：

簽章

國民身分證統一編號：

電話：

戶籍地址：

乙方法定代理人：

簽章

國民身分證統一編號：

關係：

電話：

戶籍地址：

（註：乙方為未成年者，請法定代理人一併簽章。）

乙方連帶保證人：

簽章

國民身分證統一編號：

關係：

電話：

戶籍地址：

中 華 民 國 年 月 日