

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 函

地址：600嘉義市忠孝路539號

承辦人：護理部-謝慧雯

電話：05-2765041#1244

受文者：長榮大學護理學系

發文日期：中華民國114年10月31日

發文字號：戴德森字第1141000159號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 嘉基護理部獎助學金實施方案、2. 嘉基護理部獎助學金申請表及師長推薦函3. 招募DM (1141000159_Attach1.pdf、1141000159_Attach2.doc、1141000159_Attach3.jpg)

主旨：函請 貴校公告本院「護理系學生獎助學金」申請事宜，
並鼓勵符合資格學生踴躍申請，敬請 查照。

說明：

一、獎助學金對象：公私立大學、專科學校護理系/科在學學生。

二、獎助學金條件：

(一)操行成績平均須在80分以上。

(二)學業成績、實習成績平均分數須在70分以上。

(三)設籍嘉義縣市、雲林縣者優先錄取。

三、申請文件：獎助學金申請表、成績證明正本及師長推薦函

四、受理截止日期：每月10日前提出申請至額滿為止。

五、檢附獎助學金實施辦法、獎助學金申請表、師長推薦函

正本：國立臺北護理健康大學、台灣大學護理系、國立成功大學護理系、高雄醫學大學護理系、長榮大學護理學系、國立臺中科技大學、大葉大學、光宇學校財團法人元培醫事科技大學、中臺科技大學、弘光科技大學護理系、中華醫事科技大學護理系、輔英科技大學護理系、長庚大學、長庚科技大學嘉義分部 護理系、長庚學校財團法人長庚科技大學、亞洲大學、中國醫藥大學、中山醫學大學護理系、義守大學護理系、慈濟大學護理學系、馬偕學校財團法人馬偕醫學院、德育學校

長榮大學

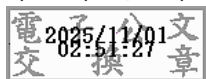


健康科學學院

1140016130

財團法人德育護理健康學院、國立金門大學、輔仁大學護理系、美和學校財團法人美和科技大學、大仁科技大學護理系、國立暨南國際大學護理系、國立台北醫學院大學護理學院

副本：



院長 陳煒

裝

訂

線

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院獎助學金實施方案

一、目的

為長期培育護理人才，穩定臨床護理人力，使在學優秀護理學生能順利完成學業與投入職場，提昇臨床醫護水準，擴展產學合作相輔相成，特定此方案。

二、獎助學金種類、適用對象、申請條件及金額

獎助學金種類	適用對象	申請條件	獎助學金金額	備註
一般獎助學金	* 護理學系二技 一、二年級 * 四技、大學三、四年級 * 專科考取二技即可申請 * 研究所可申請二年	操行成績 ≥ 80 分 學業、實習 ≥ 70 分 (二技第一學期免附成績)	每學年 128,000 元，領取上限 2 年	
應屆畢業生推薦獎助學金	護理科(系)畢業前最後一學期在學學生，由貴校推薦優秀畢業生到職。	操行成績 ≥ 80 分 學業、實習 ≥ 70 分	* 具護理師證照於當年 6 月 15 日前到職，提供 30,000 元。 * 未具護理師職照，於當年 8 月 15 日前到職，提供 20,000 元。	最後一哩實習於到職通過試用期後有獎勵金
展翅計畫獎助學金	五專四、五年級學生	操行成績 ≥ 80 分 學業、實習 ≥ 70 分或學業成績達全班前 50%。	每學年 120,000 元，領取上限 2 年	

* 寒暑假工讀有薪資

* 上述申請學生過去無重大違反校規或違法事件與不良行為紀錄。

* 以設籍嘉義縣市、雲林縣者優先考量。

三、申請方式

(一)辦理頻率:每月 10 日前提出申請至額滿為止。

(二)在學學生向各校護理科系提交申請檢附資料，並由護理科系進行篩選推薦。

(三)護理科系將獎助學金申請名單及合格學生資料交予嘉義基督教醫療護理部審核(簡章見 <http://www.cych.org.tw/ndsec/recruit1.html>)。

四、申請者繳交檢附資料

(一)獎助學金申請表 (附件一)。

(二)獎助學金申請師長推薦函 (附件二)-申請應屆畢業生獎助學金者此項可免

(三)在學學生成績證明 (正本)。

(四)護理師證書影本 (若有)

五、審核及撥款

- (一)申請資料經由本院書面審查及面試通過後，轉送人力資源室複審，核定後由院方公佈通過名單，並同時以 e-mail 通知。
- (二)本院依通過名單將獎助學金匯款至校方或學生存摺帳號(申報所得稅)。

六、獎助終止

- (一)接受獎助學金之學生，在學期間遭退學或辦理休學、轉學、轉非護理科或未能如期畢業者，應將在學期間接受之獎助學金金額，無意議繳回院方。
- (二)接受獎助學金之學生，未履行義務者，應於一週期限內以匯款方式退還向本院領取之獎助學金。

七、服務年限

服務年限計算方式，每領取一學年之獎助學金者應服務一年，領取二學年之獎助學金者應服務二年。

八、義務及責任

- (一)經核定接受本院獎助學金之學生應與本院簽訂「獎助學金合約書」，合約書中之連帶保證人應為獎助學生之父母或法定代理人。
- (二)為讓學生熟悉未來工作場域，在校期間應至本院進行寒/暑假工讀或最後一哩選習，選習單位由護理部指派。
- (三)接受獎助學金之學生應如期畢業。
- (四)接受獎助學金學生，應於畢業後 1 個月內至本院服務，並由院方護理部完成分發作業。
- (五)接受獎助學金學生，應於畢業當年 9 月取得護理師執照。
- (六)通過獎助學金申請後，每學期課程需維持平均 ≥ 70 分(必修科目 ≥ 60 分)，若成績無法符合上述要求，將取消獎助學金發放，並繳回先前所領取金額。
- (七)一般獎助學金及展翅計畫獎助學金不得與其它獎勵方案並用。

附件一

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院-獎助學金申請表

申請種類	☐ 一般獎助學金 ☐ 應屆畢業生推薦獎助學金 ☐ 展翅計畫獎助學金				
學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女		照片 (1 吋)
出生日期	年 月 日	身份字號			
電 話	()	手 機			
學校名稱/班級		學 制	☐ 二技 ☐ 四技 ☐ 大學 ☐ 五專 ☐ 研究所		
重大/慢性疾病	☐ 無 ☐ 有 _____	服用藥物	☐ 無 ☐ 有 _____		
護理師證照	☐ 已具備護理師證照 ☐ 預計 年 月考試	預計到職日	_____年 _____月 _____日		
家長姓名		家長電話			
e-mail					
聯絡地址	戶籍地址： 居住地址：				
操行成績(80)		學業成績(70)		實習成績(70)	
在校期間選擇至本院進行 ☐ 最後一哩選習 ☐ 寒/暑假工讀 ☐ 其他 _____					
申請日期	_____年 _____月 _____日		申請人簽章		
該生是否為輔導關懷個案(系主任勾選)	☐ 是 ☐ 否	系主任簽章/日期	/ _____年 _____月 _____日		
審 核 結 果 (以下資料由醫院填寫)					
護理部	收件日期: _____年 _____月 _____日 ☐ 通過- ☐ 一般獎助學金 ☐ 應屆畢業生推薦獎助學金 ☐ 展翅計畫獎助學金 獎勵金額 _____ 元 ; ☐ 不通過 核定發放期間 _____學年 第 _____學期 ~ _____學年 第 _____學期 意見： 審核小組簽名： 護理部主任簽名：				
人力資源室	☐ 通過 ; ☐ 不通過 意見： 審核小組簽名： 人力資源室主任簽名：				

◎以上獎助學金申請對象均以在學學生為限。

附件二

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

獎助學金申請-師長推薦函

一、申請人姓名：

二、就以下六大項目，您對此學生評價？（請勾選）

項目	特優	優	可	尚可	不佳	不清楚
品格						
人際關係						
努力程度						
團隊合作						
溝通能力						
發展潛能						

三、您推薦此學生的具體理由（若篇幅不夠請自行檢附於推薦函表格後）

*該生是否患有重大/慢性疾病：☐無 ☐有，罹患_____

*該生是否有長期服用藥物：☐無 ☐有，服用_____

本人確認上述內容屬實

推薦人簽名：

/連絡電話：

任職機關/院科系所/職稱：

日期：_____年_____月_____日

備註：填妥後請密封並於封口簽名交給申請人

附件一 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院-獎助學金申請表

申請種類	☐ 一般獎助學金 ☐ 應屆畢業生推薦獎助學金 ☐ 展翅計畫獎助學金				
學生姓名		性 別	☐ 男 ☐ 女		照片 (1 吋)
出生日期	年 月 日	身份字號			
電 話	()	手 機			
學校名稱/班級		學 制	☐ 二技 ☐ 四技 ☐ 大學 ☐ 五專 ☐ 研究所		
重大/慢性疾病	☐ 無 ☐ 有_____	服用藥物	☐ 無 ☐ 有_____		
護理師證照	☐ 已具備護理師證照 ☐ 預計 年 月考試	預計到職日	_____年 _____月 _____日		
家長姓名		家長電話			
e-mail					
聯絡地址	戶籍地址： 居住地址：				
操行成績(80)		學業成績(70)		實習成績(70)	
在校期間選擇至本院進行 ☐ 最後一哩選習 ☐ 寒/暑假工讀 ☐ 其他_____					
申請日期	_____年 _____月 _____日		申請人簽章		
該生是否為輔導關懷個案(系主任勾選)	☐ 是 ☐ 否	系主任簽章/日期	/ _____年 _____月 _____日		
審 核 結 果 (以下資料由醫院填寫)					
護理部	收件日期: _____年 _____月 _____日 ☐ 通過- ☐ 一般獎助學金 ☐ 應屆畢業生推薦獎助學金 ☐ 展翅計畫獎助學金 獎勵金額 _____ 元 ; ☐ 不通過 核定發放期間 _____學年 第 _____學期 ~ _____學年 第 _____學期 意見： 審核小組簽名： 護理部主任簽名：				
人力資源室	☐ 通過 ; ☐ 不通過 意見： 審核小組簽名： 人力資源室主任簽名：				

◎以上獎助學金申請對象均以在學學生為限。

附件二

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

獎助學金申請-師長推薦函

一、申請人姓名：

二、就以下六大項目，您對此學生評價？（請勾選）

項目	特優	優	可	尚可	不佳	不清楚
品格						
人際關係						
努力程度						
團隊合作						
溝通能力						
發展潛能						

三、您推薦此學生的具體理由（若篇幅不夠請自行檢附於推薦函表格後）

*該生是否患有重大/慢性疾病：☐無 ☐有，罹患_____

*該生是否有長期服用藥物：☐無 ☐有，服用_____

本人確認上述內容屬實

推薦人簽名：

/連絡電話：

任職機關/院科系所/職稱：

日期：_____年_____月_____日

備註：填妥後請密封並於封口簽名交給申請人