

衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金執行計畫

114 年 1 月 1 日

一、宗旨：

為提升臨床醫護水準，以產學合作共同培育學生並提供適當的就業機會，鼓勵護理科(系)優秀學生畢業後從事臨床照顧服務，協助各醫事大專院校優秀在校生能於完成學業後立即銜接進入職場，特制訂本執行計畫。

二、計畫辦理程序：

本獎助計畫辦理程序由本院行文至有申請教育部補助大專院校之公私立五年制專科、二技或四技護理科系之院校，於 114 年起受理各學校產學合作申請遞送甄選資料，並經內聘審查小組公開方式評選後，擇定鄰近豐原之中北部學校為產學合作對象。

三、獎補助對象：

申請教育部補助大專院校之公私立五年制專科在校五年級學生、二技二年級及四技四年級護理科系學校學生。

四、申請條件：(須符合以下條件)

- (一)有經濟輔助需求者(由學校審查證明)。
- (二)在學操行成績平均為甲等或 80 分以上。
- (三)在學各學科成績均為及格且總平均分數達 70 分以上。
- (四)在學實習成績列為參考項目。
- (五)能確實遵守獎助後應行履約義務者。

五、計畫員額及獎助金額：

- (一)計畫員額：每年具護理師證書者 2 名，未具護理師證書者 2 名，共 4 名。
- (二)生活獎學金：具護理師證照者每名學生每一學年 20 萬，未具護理師證照者每一學年 16 萬。

衛生福利部豐原醫院產學合作計畫補助名額及預算				
	補助內容	單價/學年	名額	年預算
學生條件	具護理師證書：每學年 20 萬	20 萬	2	40 萬
	未具護理師證書：每學年 16 萬	16 萬	2	32 萬
小計				72 萬
備註	申請時間：開學日起申請至當學年 10 月 31 日止			

六、申請方式：

- (一)每新學年辦理乙次，開學日起申請至當學年 10 月 31 日止。
- (二)欲申請之五專五年級、二技二年級、四技四年級護理科系在校學生，應於截止期限前向學校護理科系提交申請表並檢附相關佐證資料，由學校進行審核後推薦，續由本院之評審小組辦理評選作業，擇優錄取。

七、權利與義務：

- (一)符合資格且有意願參與者，向校方提出申請，填具「衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金申請表」(附件 2)，通過審查後簽訂「衛生福利部豐原醫院提供學生生活獎學金合約書」(附件 1)。
- (二)獲得補助生活獎學金之在校生，須於畢業後 3 個月內至本院報到，服務期限 2 年。
- (三)如取得護理師證書將依據本院約用護理師任用，其薪資、福利待遇與正式員工相同。若未取得護理師證書將以實習護士任用，以實習護士身份期間取得護理師證書後，始得計算履約服務年資。
- (四)畢業後進入本院服務，院方評估個人特質及業務情形安排就職單位，本院依規定敘薪，並提供護理人員到職訓練協助輔導及適應。
- (五)申請補助生活獎學金之在校生因故終止領取相關經費，需填報「終止領取衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金同意書」(附件 5)向學校提出轉送本院申請，經審查同意後 1 個月內無息繳還所領取之費用予本院。
- (六)獲得補助人員如未完成履行服務保證義務時，退還金額以未完成之服務保證義務年限按比例計算，於離職日前一次全部退還醫院；另任職期間未通過教育訓練之考核或全院員工之年度工作考核標準而不續聘(資遣)者，亦同。
- (七)遇有第五項情事者，可於醫院相關章程或法令規範行使行政救濟提出申覆程序。

八、計畫之督導考核：

本計畫之年度執行期間，本院將針對學校之申請案件之辦理文書程序、相關申請案件之文書表單正確性、申請學生之經費領受情形、學生在校就學狀況等等情事，進行不定期督考作業並記錄存查，若有重大違失經通知而未改善者，將終止相關計畫之執行。

衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金申請文件一覽表

一、資格審查

文件		校方初審	備註
1	衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金申請表(附件 2)	<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成	檢附學業成績及相關佐證文件
2	衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金推薦函(附件 3)	<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成	
4	有經濟輔助需要者(由校方篩選)		學校審查證明

衛生福利部豐原醫院護理科複審結果：通過 未通過

二、簽約：

簽訂衛生福利部豐原醫院提供學生生活獎學金合約書(附件 1)及衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金家長同意書(附件 4)。

三、獎助金：依衛生福利部豐原醫院經費核銷作業辦理核銷，請提供匯款帳戶。

衛生福利部豐原醫院								
支領清冊								
費用核銷單號：								
<input type="checkbox"/> 鐘點費 <input type="checkbox"/> 出席費 <input checked="" type="checkbox"/> 其他：								
姓名	服務單位/職稱	身分證字號 (員工請填員工編號即可)	戶籍地址/聯絡電話 (員工或已有資料者可免填)	出席費/鐘點費	交通費	合計	講課日期、時間、課程名稱等事由	匯款帳號 (請免附存摺封面影本，員工或已有資料者免填)
合計				-	-	-		
製表人：		單位主管：		總務室：		主計室：		院長：
附註：1. 有多位講師授課且有匯款帳戶者請使用支領清冊否則仍照舊使用領據辦理核銷。 2. 預借現金及承辦人先行墊付仍需取得受領人之簽名，不適用本表。 3. 本表得依業務特性及實際需要，酌予調整欄位。 4. 本表以匯款方式辦理，無須負擔手續費。								

衛生福利部豐原醫院提供學生生活獎學金合約書

衛生福利部豐原醫院(以下簡稱甲方)與_____學校學生_____(以下簡稱乙方)，雙方同意訂立合約條款如下:

第 1 條依乙方就學校 _____與甲方產學合作合約訂定。

第 2 條甲方提供方下列目:

- 二技(具護理師證照者)在學生活獎學金，一學年新台幣 20 萬元。
- 專科、四技或二技(無護理師證照)在學期生活獎學金，一學年新台幣 16 萬元。
- 具護理師證照者，提供畢業後正式職缺(工作與薪資待遇、福利等勞動條件均與正式員工相同)。
- 若未取得護理師證書則以實習護士任用。

第 3 條(乙方姓名、系級、領取生活獎學金金額)

(本人)_____就讀_____學校護理科(系)_____年級。領取學
年生活獎學金_____元。

第 4 條(乙方就業職場及期限)

乙方畢業後應於 3 個月內到甲方職場就業，依接受甲方生活獎學金補助一學年就業服務 2 年；若具有兵役義務者，其就業期間之採計得配合役期延後至退役後。

第 5 條 乙方有下列情形之一者，應終止領取生活獎學金，並償還甲方提供之生活獎學金，但死亡者、因重大疾病或意外事故辦理休學或不能繼續完成學業或工作，經衛生福利部新制醫院評鑑合格之教學醫院以上層級，開立認定無法繼續就學或就業證明者，或因事故致家庭巨變無法繼續就學或就業，經學校實訪查證屬實並通報企業者，得免償還已受領之生活獎學金或免履行就義務:

- (1)因轉學、轉科且經學校輔導仍法延續參與計畫或放棄、被勒令退學、開除學籍或無故輟學。
- (2)因辦理休學或不能繼續完成學業或工作，致喪失參與計畫之資格。

乙方畢業後至甲方就業未滿受領年限者，應依其未就職之月數比例償還生活獎學金；不滿一月者，以一月計。但甲方有勞動基準法第十四條第一項規定情形之一者，乙方得免償還已受領之生活獎學金。

第 6 條(保證人之連帶責任)

本合約書簽訂前，乙方應覓妥連帶保證人(乙方連帶保證人為其父母或法定代理人)，經甲方同意後始得簽約。連帶保證人對乙方依本合約書所應盡義務或因契約關係消滅後發生之一切義務，均應負連帶清償責任。

在乙方履行本意願書所定全部義務前，連帶保證人申請解除保證責任時，乙方應立即覓保更換，經甲方同意並辦妥換保手續後，原連帶保證人始得解除保證責任。

第 7 條(送達)

除本合約書另有約定外，應送達本合約書當事人之通知、文件或資料，均應以中

文書面為之，並於送達對方時生效。除於事前取得他方同意變更地址者外，雙方之地址應以下列為準：

一、甲方地址：台中市豐原區安康路 100 號

二、乙方地址：

當事人之任一方未依前項規定辦理地址變更，他方按原址，並依當時法律規定之任何一種送達方式辦理時，視為業已送達對方。前項按址寄送，其送達日以掛號函件執據、快遞執據或收執聯所載之交寄日期，視為送達。

第 8 條 (管轄)

本合約書雙方應依誠信原則確實履行，如有涉訟，以甲方所在地所轄法院為管轄法院。

前項約定，於本意願書之連帶保證人亦適用。

第 9 條(合約書份數)

本合約書一式四份，經雙方當事人簽章後生效，甲方收執一份、乙方及保證人各收執一份，學校列管一份。

立合約書人：

甲方(企業)：衛生福利部豐原醫院

代表人：

地址：台中市豐原區安康路 100 號

電話：04-25271108

乙方(學生)：

國民身分證統一編號：

地址：

電話：

法定代理人：

國民身分證統一編號：

地址：

電話：

連帶保證人：

國民身分證統一編號：

地址：

電話：

中華民國 年 月 日

衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金申請表

附件 2

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		2 吋照片 黏貼處
出生日期	年 月 日	身分證字號			
連絡電話		E-mail			
戶籍地址					
通訊地址					
在學資料	學校:	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 夜間部			
	學制:	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技	科系: <input type="checkbox"/> 護理科 <input type="checkbox"/> 護理系		
	班級:	年 班	學號:		
家庭狀況	稱謂	姓名	年齡	職業	
功過獎懲 事蹟	(請具體陳述)				
特殊才能	(請具體陳述)				
健康狀況	有無疾病史；請據實告知，如有任何隱瞞，同意 貴院取消本人公費資格，並願繳回所有獎助學金。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請具體陳述：_____				
在校成績 (檢附佐證)	學年學業成績:		學年操行成績:		
專業證照 (檢附佐證)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 護理師第_____號 <input type="checkbox"/> 其他：_____				

*我_____ (學生姓名) 秉持誠信原則填報上述資料，並同意衛生福利部豐原醫院 可使用上述所有個人資料人事任用相關作業；如有不實 願接受解職處分，並償還所有已接受之獎助學金。

*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。

申請人簽名：_____

衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金推薦函

附件 3

一、 綜合考評：請老師您對該生的了解，依下列各項能力予以客觀考核

各項能力/ 評分等級	優	良	普通	待加強	請具體說明
專業認同與投入					
學習能力					
服務熱忱					
創造力					
溝通表達能力					
問題解決能力					
團隊合作能力					
人際關係					
情緒管理					

二、 特殊貢獻或具體表現說明：

三、 健康狀況：(如身、心健康狀況請具體陳述)

推薦輔導教師：

推薦系所主任：

衛生福利部豐原醫院護理產學合作獎助金家長同意書

附件 4

本人為_____之父母法定監護人，茲同意_____領
取衛生福利部豐原醫院提供之護理產學合作獎助金計新台幣_____萬元整，並
履行至衛生福利部豐原醫院服務2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請領之獎學金。

立同意書人：

身分證字號：

行動電話：

戶籍地址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日

