

## 【臺北醫學大學附屬醫院優秀護理學生獎助學金】需備文件檢核表

序	項目	文件正確性查檢
1	臺北醫學大學附屬醫院優秀護理學生獎助學金申請表	<input type="checkbox"/> 技優推薦：113 學年度成績不符，但曾在本院完成實習，具本院護理部主管推薦函(限 10 名)。 <input type="checkbox"/> 學校推薦佐證：有系(所)主任意見 <input type="checkbox"/> 成績計算：113 學年度上+下學期的平均 (計算整數，請四捨五入) <input type="checkbox"/> 成績單： <b>歷年成績單</b> 。二技生須附五專成績單。
2	學生證影本	<input type="checkbox"/> 114-2 的在學證明：2 擇一，學生證上有學籍章或 提供在學證明單 <input type="checkbox"/> 正反面，黏貼或印在 <b>同一張的直式 A4</b> 紙上 <input type="checkbox"/> 須 2 份
3	身份證正反面影本	<input type="checkbox"/> 正反面，黏貼或印在 <b>同一張的直式 A4</b> 紙上 <input type="checkbox"/> 須 2 份
4	雙和醫院甄選資料表	<input type="checkbox"/> 填寫前三志願單位，以利安排單位主管面試 <p style="color: blue;">★ 留意：先送件僅保障名額；有確定的服務單位，才會將名單提報給本院人資室，審核後撥款。</p> <p style="color: blue;">★ 已有執照的二技生，送件後即安排面試；其他需 7 月考照者，請配合每年4月聯合招募。</p>
5	臺北醫學大學附屬醫院服務工作暨優秀護理學生獎助學金合約書	<input type="checkbox"/> 連帶保證人 <b>需為同一人</b> <input type="checkbox"/> 連帶保證人為其父母、配偶或法定代理人 <input type="checkbox"/> 須簽名，並加上 <b>蓋私章</b> <input type="checkbox"/> 一式 2 份
6	大專學生無專職工作聲明書	<input type="checkbox"/> 紿付所得單位請 <b>繁體字</b> 填寫： <b>衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)</b> <input type="checkbox"/> <b>個人資料</b> 須填寫完整，並加上 <b>蓋私章</b> <input type="checkbox"/> 任何錯字或塗改，都須加上 <b>蓋私章</b> <input type="checkbox"/> 沒有 <b>簡體字</b>
7	領據	<input type="checkbox"/> 項目請填寫： <b>114 學年度上下學期獎助學金</b> <input type="checkbox"/> 計新台幣 "壹" 拾 "貳" 萬元整 <input type="checkbox"/> <b>實收金額</b> 計算須填寫完整 <input type="checkbox"/> 任何錯字或塗改，都須加上 <b>蓋私章</b> <input type="checkbox"/> 沒有 <b>簡體字</b>
8	存摺影本	<input type="checkbox"/> 黏貼或印在 <b>同一張的直式 A4</b> 紙上

※填寫請參考範例，以上資料若有塗改，請於塗改處簽章※

=若對於文件有任何疑問，歡迎來電=

承辦窗口：護理部蔡小姐

聯絡電話：02-2249-0088 分機 8622

電子郵件信箱：24550@s.tmu.edu.tw

## 臺北醫學大學附屬醫院優秀護理學生獎助學金申請表

姓名			身分證字號	
學校/科系			年級	
戶籍地址	□□□-□□			
通訊地址	□同上 □□□-□□			
E-mail				
聯絡電話	住宅：	手機：		
父母姓名	父：	□存 □歿	母：	□存 □歿
申請項目	□獎助學金	□技優推薦(需檢附本院護理部主管推薦函)		
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學年度的學業成績需各科及格且總平均：_____分( $\geq 78$ 分)； 實習成績：_____分( $\geq 83$ 分；五專學生 $\geq 80$ 分)； 操行(德育)成績：_____分 $\geq$ (80分以上)或_____等(甲等以上)。 或是學業成績為班排前1/3：_____。			
附件	<input type="checkbox"/> 1.成績單正本(歷年成績單，並註明班級排名) <input type="checkbox"/> 2.學生證影本(需蓋有註冊證明，或提供在學證明單)*2份 <input type="checkbox"/> 3.身分證影本(正反面)*2份 <input type="checkbox"/> 4.雙和醫院甄選資料表 <input type="checkbox"/> 5.優秀護理學生獎助學金合約書*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.存摺影本			
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 **6/20** 前以掛號郵寄 雙和醫院 - 護理部 吳嘉莉教學護理長收  
(235 新北市中和區中正路 291 號-行政大樓 1 樓護理部)

請註明：申請優秀護理學生獎助學金

## 臺北醫學大學・部立雙和醫院

## 甄選資料表

填表日期： 年 月 日

應徵單位：

職稱：

姓名：

出生日期： 年 月 日

身份證字號：

聯絡電話：(住家)

(手機)

聯絡住址(+郵遞區號)：

E-mail：

學 歷：(本欄請詳細填寫)

畢業學校

就讀科/系

起迄年月

---

---

---

---

(畢/肄業) / - /  
(畢/肄業) / - /

經歷：(本欄請詳細填寫)

服務機關名稱

任職部門/職務

起迄年月

離職原因

薪資

---

---

---

---

---

---

證照：與工作相關證書/檢定/部定教職/其他證書

1、

2、

3、

4、

5、

6、

特殊專長：中文輸入：輸入法 \_\_\_\_\_ 速度 \_\_\_\_\_ 美工/海報  
應用軟體： \_\_\_\_\_ 有汽車駕照 攝影/剪輯  
其他 \_\_\_\_\_

從何得知此工作機會：

報章雜誌、廣告： \_\_\_\_\_ 內部海報 本院員工介紹：單位 / 姓名  
學校介紹 毛遂自薦 其他 \_\_\_\_\_

到本院服務動機：(可複選)

離家近 學長(姐)推薦 換個環境 家庭經濟需要 聲譽  
其他 \_\_\_\_\_

選擇工作的條件：(可複選)

待遇 上班時間 上班地點 工作內容 福利  
升遷管道 在職訓練 工作氣氛 主管態度 其他 \_\_\_\_\_是否曾參加高普考：是 否有無再升學的打算：有 無

此框中欄位可選擇是否填寫：

性別：男 女 血型： \_\_\_\_\_ 家庭狀況：已婚 未婚 子： \_\_\_人 女： \_\_\_人

個人興趣： \_\_\_\_\_

健康情形： \_\_\_\_\_ 過去病史： \_\_\_\_\_

請依您的工作經驗及興趣科別，依序寫出三個期望去的單位：

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

希望待遇： \_\_\_\_\_ 最快可上班日期： \_\_\_年 \_\_\_月 \_\_\_日 隨時可上班

以上資料均為屬實。 \_\_\_\_\_(簽名)

# 臺北醫學大學附屬醫院

## 服務工作暨優秀護理學生獎助學金合約書

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  
(優秀護理學生獎助學金申請者,以下簡稱乙方),茲為甲方提供乙方獎助學金事宜,雙方同意本於誠信原則,協議下列條款共同遵守:

- 第一條 乙方接受本獎助學金,金額為每人每學年(即上下學期)新台幣拾貳萬元整,本獎助學金至多補助一學年(即二學期),金額至多拾貳萬元整。
- 第二條 履約年限:乙方應於 115年1月5日(含)起最晚須於 115年9月15日(含)前至甲方服務,依甲方指示任職,並與甲方簽訂服務契約至少服務一年(如依法規申請育嬰留職停薪或因兵役留職停薪者,另案辦理)。
- 第三條 乙方至甲方服務期間,應遵守甲方醫院管理及工作規則之規定,並享有與醫院專任員工同等之福利及權利。
- 第四條 乙方接受獎助學金在學期間,如遇中途休學、延遲畢業、轉入非護理科系、遭受退學處分、中途解約或其他非第二條所致無法於應報到日辦理報到,則視同違約,應於事實發生後一個月內主動通知甲方,並於三個月內償還所領之全部獎助學金(不含利息)予甲方。
- 第五條 乙方同意於領取獎助獎金後至甲方服務時,若於畢業之日後次年9月30日前未考取護理師執照時,將以實習護士任用,實習護士任職期間計入本合約履約期間;若於畢業之日後次年9月30日後未考取護理師執照、履行合約期間內主動離職或轉調至非護理部向下護理師,則視同違約。
- 第六條 依前述說明若違反約定,應按實際服務月數比例歸還已領取之獎助學金(不含利息)。返還期限應於規定到職日或解約日起三個月內完成。
- 第七條 於本契約有效期間內,乙方連帶保證人負連帶保證之責(乙方連帶保證人為其父母、配偶或法定代理人)。
- 第八條 本契約正本一式兩份,甲、乙雙方各存乙份為憑;若有涉訟,雙方同意以台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)  
地 址:新北市中和區中正路 291 號  
電 話:(02)2249-0088

乙 方:

身份證字號:  
地 址:  
電 話:

乙方連帶保證人:

身份證字號:  
關 係:  
住 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	鄰
	市	市區	里	
	街	段	巷	弄
	路			號
				樓

應收金額：

代扣金額：

代扣健保補充保費：

實收金額：