

# 長庚醫療財團法人獎助學金申請表

學 校	<input type="checkbox"/> 長庚大學 <input type="checkbox"/> 長庚科技大學( <input type="checkbox"/> 林口、 <input type="checkbox"/> 嘉義) <input type="checkbox"/> 其他_____		
學 制	<input type="checkbox"/> 大學部 <input type="checkbox"/> 學士後 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部	
科 系	<input type="checkbox"/> 護理科 <input type="checkbox"/> 護理系 <input type="checkbox"/> 學士後護理理系 <input type="checkbox"/> 高齡暨健康照護管理系		
班 級	年      班      座號	學      號	
姓 名	身 分 證 字 號		
戶 籍 地 址			
電 話	本人手機:_____家中電話:(_____)_____		
E - M a i l			
宿      舍	舍      室	宿舍分機	(_____)      轉      _____
相關文件證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 護理師證照 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 原住民 ※具上述資格者，請檢附相關證明文件影印本		
獎助年限	<input type="checkbox"/> 申請一學年(服務一年) <input type="checkbox"/> 申請二學年(服務二年) <input type="checkbox"/> 申請三學年(服務三年) <input type="checkbox"/> 申請四學年(服務四年)		
服務院區意願	(請數字填寫志願序 1. 2. 3. 4. 5……) <input type="checkbox"/> 基隆(含情人湖院區) <input type="checkbox"/> 林口(含台北院區) <input type="checkbox"/> 土城 <input type="checkbox"/> 桃園(含長青院區) <input type="checkbox"/> 嘉義 <input type="checkbox"/> 雲林 <input type="checkbox"/> 高雄 <input type="checkbox"/> 鳳山 <input type="checkbox"/> 大同		
健康狀況	疾病史，請據實告知，如有任何隱瞞，同意 貴法人取消本人公費資格並繳回所有獎助學金 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請具體陳述：_____		
本人確認獎助學金申請相關表單填寫資料無誤，且同意校方與 貴法人應用上述資料於公費生申請、審核等相關作業，且知悉可依個人資料保護法之規定，就所提供之個人資料向 貴法人人事單位申請、行使之權利包含(一)查詢或請求閱覽、(二)請求製給複製本、(三)請求補充或更正、(四)請求停止蒐集、處理、利用、(五)請求刪除。但 貴法人基於公費申請、審核目的及個人資料保護法之規定，保有准駁該申請之權。 <div style="text-align: right;">簽名:_____ 年____月____日</div>			
初 審 項 目	<input type="checkbox"/> 符合評選標準 <input type="checkbox"/> 文件齊備	承 辦 單 位	

填寫流程：一式一聯，依申請時機，由學生自行填寫，備妥相關文件送交審核。

護理公費生獎助學金合約書

長庚醫療財團法人

立合約書人\_\_\_\_\_ (以下簡稱 甲 方)

茲為甲方提供乙方就讀\_\_\_\_\_ (學校別)(☐護理系☐學士後護理系☐高齡暨健康照顧管理系)獎助學金；乙方畢業後需在甲方服務\_\_\_\_\_年事宜，立合約書人已充分瞭解相關規定，秉持誠信原則同意下列各項款條，並願切實遵守下列各項約定：

- 一、甲方提供乙方就學期間(\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日~\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)獎助學金，共\_\_\_\_學年；補助費用共計新台幣(大寫)：\_\_\_\_拾\_\_\_\_萬\_\_\_\_仟\_\_\_\_佰\_\_\_\_拾\_\_\_\_元整。
- 二、乙方接受獎助學金期間如有下列情節，需將已接受之獎助學金一次全部繳回甲方：  
1.中止本合約者；2.中途休學者；3.遭受退學處分者；4.未達甲方所定成績標準者。
- 三、乙方在學期間願努力學習，各項成績達甲方所定標準，同意次學年度補助之獎助學金。
- 四、乙方畢業後，應配合甲方時間至甲方安排的院區履行公費獎助之服務義務(含臨床實務訓練年限，不含培訓期三個月)；不得以任何理由申請延後，否則視同中止本合約；乙方至甲方報到後除依本合約履行義務外，另需與甲方簽訂「護理人員訓練及服務切結書」；乙方於訓練期滿未蒙甲方正式任用時，乙方需將已受領之獎助學金全額償還甲方。
- 五、立合約書人願努力學習護理專業知識及技能，並取得學位證書及護理師證書；如畢業後未於甲方規定期限內(畢業翌年9月)取得護理師證書者，如護理部轄下有非護理專業職務時(如照顧服務員)，可申請轉任，轉任非護理專業職務服務期間，納入履約時間計算；不接受安排轉任辦理離職者，則按未履行合約服務期限佔應履行服務期限比例於離職前繳回獎助學金。
- 六、本合約效力至乙方履行公費獎助之服務義務結束後為止；本合約書連帶保證人對合約書內所定事項，願負連帶責任，並放棄民法債編第二章第二十四節有關保證人所得拋棄之一切權利。
- 七、以上乙方應繳回獎助學金期限應於原因發生後七日內履行完畢；如因本合約涉訟者，甲、乙雙方及乙方連帶保證人，同意以台灣\_\_\_\_\_地方法院為第一審管轄法院。

此 致  
長庚醫療財團法人  
中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

立合約書人

甲方：長庚醫療財團法人  
代表人：王瑞慧 (簽章)  
乙方： (簽章) 身分證字號：\_\_\_\_\_  
出生年月日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生  
戶籍地址：\_\_\_\_\_  
現住地址：\_\_\_\_\_  
立合約書人法定代理人： (簽章)身分證字號：\_\_\_\_\_  
戶籍地址：\_\_\_\_\_  
現住地址：\_\_\_\_\_  
連帶保證人： (簽章) 身分證字號：\_\_\_\_\_  
出生年月日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生  
戶籍地址：\_\_\_\_\_  
現住地址：\_\_\_\_\_  
與立合約書人之關係：\_\_\_\_\_

簽名蓋章	連帶保證人	
	對保日期	年____月____日
	對保人	

審核人  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

填寫時機：申請本院獎助學金時  
填寫流程：一式三聯，由學生填寫完成後，經校方完成對保手續，送交院方；經審核通過，一聯醫院保存、一聯校方保存、一聯學生自存。

## 護理公費生考核表

## 壹、學生基本資料：(學生自行填寫)

姓名	身分證字號		出生日期		年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
學歷	<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 五專 兵役 <input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 待役						照片黏貼處 (二吋半身)	
畢業學校	學校 _____ 科(系)民國 _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 畢業							
專業證照	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 護理師第 _____ 號 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
特殊證照	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> BLS <input type="checkbox"/> ACLS/ANLA <input type="checkbox"/> ETTC <input type="checkbox"/> ICU Training <input type="checkbox"/> 英檢 _____ 級 <input type="checkbox"/> 其他(請具體說明)： _____							
戶籍地址						電話		
目前通訊地址						電話 手機		
E-Mail								
原住民身分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 平地原住民 <input type="checkbox"/> 山地原住民				具身心障礙身分者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； _____	
家庭狀況	稱謂	姓名	年齡	職業	稱謂	姓名	年齡	職業
	家庭人數：計 _____ 人，其中就業 _____ 人，本人是否須協助負擔家計 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
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： _____							
服務院區意願	(請數字填寫志願序 1.2.3.4.5.....) <input type="checkbox"/> 基隆(含情人湖) <input type="checkbox"/> 林口(含台北) <input type="checkbox"/> 土城 <input type="checkbox"/> 桃園(含長青院區) <input type="checkbox"/> 嘉義 <input type="checkbox"/> 雲林 <input type="checkbox"/> 高雄 <input type="checkbox"/> 鳳山 <input type="checkbox"/> 大同							
服務科別	※按優先順序填寫您有意願的服務科別(至少需填寫三個意願) 1. _____、2. _____、3. _____、4. _____、5. _____							
過去工作經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；請詳填寫 服務醫院別： _____ 服務科別： _____；起迄日期： _____ ~ _____ 服務醫院別： _____ 服務科別： _____；起迄日期： _____ ~ _____ 服務醫院別： _____ 服務科別： _____；起迄日期： _____ ~ _____							

\*我 \_\_\_\_\_ (學生姓名) 秉持誠信原則填報上述資料，並同意長庚醫療財團法人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。

填寫時機：學生畢業當年度  
填寫流程：一式一聯；由學生自行填寫「壹、基本資料」後，交由導師填寫完成「貳、考核記錄」，並以信封彌封交付本院。

(續下頁)

貳、考核記錄：(請導師填寫)

一、綜合考評：就您對該生的了解，請依下列各項能力予以客觀考核(請以「V」方式表示)

各項能力/評分等級	優	良	普通	待加強	請具體說明
品德/操性					
專業知識與技能					
專業認同與投入					
學習能力					
領導能力					
書面書寫能力					
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、人格特質：就您所認識該學生客觀認為他/她屬何種人格特性？

- ☐ 實際型：害羞、內向、在社交場合覺得不自在、誠實、穩定踏實
- ☐ 研究型：分析力強喜歡思考、富好奇心、獨立、富創意
- ☐ 社交型：善社交、和藹、親切、合群、善解人意、喜歡幫助他人
- ☐ 傳統型：服從、講求效率及實際、缺乏彈性及想像力
- ☐ 企業型：自信、富有野心、精力充沛、支配慾強
- ☐ 藝術型：富想像力、不具條理性、理想化、情緒化、較不切實際

三、特殊貢獻或具體表現說明：

--

四、健康狀況：(如身、心健康狀況請具體陳述)

--

導師簽名：\_\_\_\_\_