

臺北市立聯合醫院提供院校護理相關科系學生獎助金申請表 第2次(含)以上領取者

姓名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請日期	年 月 日	照片黏貼處 (2吋)
身分證字號			出生 年月日	年 月 日	
聯絡電話	住家電話：( )		手機：		
通訊地址					
電子信箱					
就讀學校	<input type="checkbox"/> _____ 護理科系 _____ 年級				
學制	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部		<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
預計 畢業年月	_____年_____月		第1次申請獎助金時的任職年限： <input type="checkbox"/> 一年 <input type="checkbox"/> 一年半 <input type="checkbox"/> 兩年		
學業成績		操行成績		實習成績 (前一學期無實習者，請檢 附最近一次實習成績證明 佐證)	
檢附資料查檢表： <input type="checkbox"/> 本院提供院校護理科系學生獎助金申請表- <u>第2次(含)以上領取者</u> <input type="checkbox"/> 申請當下之前一學期成績證明書(11002) <input type="checkbox"/> 護理科系 <u>在學證明(11101)</u> (以校方開立之證明為主，若檢附學生證者，須有學校教務處或註冊組戳章以茲證明。)					特定身份： <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶
申請者本人 簽名		送審學校 護理科系主任			
審核結果 (此欄位由審核單位勾選)			護理部		
<input type="checkbox"/> 審核通過		<input type="checkbox"/> 審核不通過			

備註：

1. 每學期獎助金新臺幣(以下同)六萬元整計；最後一學期申請者為在學期間共一學期。
2. 學生申請經本院審核通過後，受獎助金學生須需於畢業後3個月內至本院接受新進人員甄試，通過甄試後接受本院工作分派，並依申請獎助年限履行服務保證義務。
3. 因行為表現不當遭受退學處分、累積處大過處分或有其他違反校規情節重大之情形者，本院得視實際情形決定取消獎

助金之獎助，受獎助學生須於該決定之次日起一個月內，以現金或匯款方式，將所領取之獎助金全數無息退還本院；  
參加新進人員甄試未獲錄取，於本院通知再次參加甄試仍未合格者，亦同。

4. 申請者應於本院公告收件期限內，繳交當學期在學證明及前一學期成績證明向本院申請該學期獎助金備查。
5. 未取得護理執業執照，且個人同意轉任本院其他護理相關職務(如病房助理、門診助理)，可視同履行服務保證義務。
6. 因延畢無法報到者，須繳交學校開立的延畢證明(需有學校章戳)，及書面報告。
7. 男性獎助金者應徵入伍服役，應提出義務役證明及書面報告。

檢附-申請當下之前一學期成績證明書，佐證資料

成 績 證 明 - 黏 貼 處

檢附-護理科系在學證明，佐證資料

護 理 科 系 在 學 證 明 - 黏 貼 處

檢附-特定身分，佐證資料

特 定 身 分 - 黏 貼 處

# 領 款 收 據

茲 領 到

臺北市立聯合醫院提供院校護理相關科系學生獎助金新台幣六萬元  
整。

此 致

臺 北 市 立 聯 合 醫 院

領 款 人：

通 訊 地 址：

身 分 證 號 碼：

匯款銀行及帳號：

簽 名：

中 華 民 國 年 月 日

# 退還/放棄領取臺北市立聯合醫院提供院校護理相關科系學生獎助金通知書

本人 \_\_\_\_\_ 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日起領取臺北市立聯合醫院提供與本人之獎助金計新台幣 \_\_\_\_\_ 萬元整 (請以國字填寫:零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟)。

本人因 \_\_\_\_\_ 自動提出申請取消向臺北市立聯合醫院領取獎助金，並同意一個月內無條件退還前述已領之獎助金。

立同意書人： \_\_\_\_\_ 簽章

身份證字號：

行動電話：

戶籍地址：

電話：

## 家長同意證明：

本人 \_\_\_\_\_ (父) \_\_\_\_\_ (母)或 \_\_\_\_\_ 監護人，

茲同意 \_\_\_\_\_ 取消臺北市立聯合醫院領取獎助金計新台幣 \_\_\_\_\_ 萬元整 (請以國字填寫:零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟) 之申請，並同意一個月內無條件退還前述已領之獎助金。

立同意書人： \_\_\_\_\_ 簽章

身份證字號：

行動電話：

戶籍地址：

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日