

聖母醫護管理專科學校
聖母獎助學金建教合作實施辦法

101年5月8日行政會議通過訂定
105年02月16日行政會議通過修正
105年02月23日校長核定發布

- 第一條 尹書田醫療財團法人捐助本校成立「聖母獎助學金」(以下簡稱本獎助學金)，獎助護理科優秀學生，畢業後並優先輔導至特定建教合作醫院(以下簡稱合作醫院)服務，特訂定聖母獎助學金建教合作實施辦法(以下簡稱本辦法)。
- 第二條 本辦法所稱合作醫院，如下：
一、天主教靈醫會聖母醫院。
二、國立陽明醫學大學附設醫院。
- 第三條 本獎助學金，名額如下：
一、設於台東縣籍學生，限二十名。
二、設於宜蘭縣、花蓮縣籍學生，合計限二十名。
前項學生如屬原住民、低收入戶者，可優先考量。
第一項獎助名額如因故從缺，可互相流用。本校並得視捐助情況增、減或停發。
- 第四條 本獎助學金每學期每名新台幣三萬元。
前項獎助學金額，本校得視捐助情況增、減或停發。
- 第五條 本獎助學金獎助期間自提出申請學期至畢業學期止。
前項獎助期間，本校得視捐助情況增、減或停發。
- 第六條 本校護理科學生，符合下列條件者，可提出申請：
一、學業成績七十分以上，操行成績八十分以上，且無受懲戒處分者。
二、能秉持服務之熱忱，積極參與志工服務者。
第一項第一款成績，以申請者申請時在本校之每學期平均成績為準，入學新生，則以申請者家庭狀況優先考量。
- 第七條 本獎助學金自每學期開學日起至一個月內提出申請。但入學新生，得於國中九年級最後一學期二月底前提出申請。
- 第八條 申請本獎助學金應檢附下列文件，除台東縣籍學生向台東縣教育處提出申請推薦外，應向本校學務處課外活動指導組提出申請：
一、申請書(附件一)。
二、師長推薦函一封(附件二)。
三、成績證明書。
四、其他有利於審查之文件(如低收入戶證明、原住民證明文件)。
前項由台東縣教育處彙整推薦者，應於前條申請期間後十日內彙送本校審查。
- 第九條 本校應設聖母獎助學金審核委員會，負責審核獎助學金發給。
前項委員會置委員七人，由校長、學生事務處主任、技術合作處主任為當然委員，

另由尹書田醫療財團法人推薦一名、國立陽明醫學大學附設醫院推薦一名、聖母醫院推薦二名委員組成，任期一年，校長為主席，學生事務處主任為執行秘書。委員會每學期至少開會一次，開會時須有全體委員半數以上出席，出席委員過半數之同意，方得為決議。

委員會應自收件截止日後一個月內公布受獎助學生名單。

第十條

受本獎助學金獎助之學生，應負以下義務：

一、在學期間之義務：

(一)嚴守校規、敦品勵學，維持接受獎助標準以上之成績。

(二)每學期積極參與合作醫院志工服務至少二十小時。

二、畢業後之義務：

(一)應依據合作醫院職缺需求到院服務，履行服務期間與受獎助年限同(每學期以半年計算)。

(二)履行服務期間應將月薪百分之五捐助給「聖母獎助學金」。

第十一條

受獎助學生在學期間違反前條義務者，得停止或追回獎助學金。

受獎助學生畢業後違反前條服務義務者，得追回所給與獎助學金。如未完全履行服務義務者，得依已服務期間之比例，追回所給與之部分獎助學金。

第十二條

受獎助學生應於本校畢業前十日至合作醫院申請派職，依合作醫院指示履約。

第十三條

受獎助學生履行服務期間，應比照合作醫院一般新進人員之薪給、考核。

第十四條

合作醫院於獎助學生履行服務期間表現良好者，應給予進修之機會。

第十五條

有關受獎助學生應盡義務、停止獎助、未履約責任、派職原則等相關規定，應明定於「聖母獎助學金服務契約書」(附件三)。

受獎助學生須與本校簽署前項契約，除經法定代理人同意外，並以法定代理人或父母為連帶保證人。

第十六條

本辦法經行政會議通過，校長核定後發布實施，修正時亦同。

聖母獎助學金 申請書

申請人	姓名		性別		出生日期	民國 年 月 日	照片黏貼處	
	身分證字號			家長姓名				
	申請人電話	電話： 手機：	家長電話		電話： 手機：			
	戶籍地址							
	聯絡地址							
入學新生填寫本欄	畢業國中			是否為低收入戶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否為原住民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	前五學期學業總平均成績			前五學期德育總平均成績				
本校在校生填寫本欄	年級班級	年	班	是否為低收入戶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否為原住民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	在校學業總平均成績			在校德育總平均成績				
<p>本人欲申請獎助學金期間：自 學年 學期 起 至 學年 學期 止。合計： 學期。</p> <p>並已知悉接受本獎助學金應盡之義務，願接受履行服務期間之相關規定。</p> <p style="text-align: center;">申請人：</p> <p style="text-align: center;">法定代理人：</p>								
<p>檢附資料：</p> <p><input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 師長推薦函 <input type="checkbox"/> 成績證明書</p> <p><input type="checkbox"/> 其他有利於審查之文件(如低收入戶證明、原住民證明文件)</p>								
<p>聖母獎助學金審核委員會審核結果：</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 通過</p>								

未通過，原因：_____。

聖母獎助學金 師長推薦函

申請人基本資料

申請人姓名：_____ 就讀學校及科系：_____

推薦書

本推薦書目的在於協助聖母獎助學金審核委員會瞭解學生在學期間學業及生活狀況，作為重要參考資料。您的協助對醫院助益甚鉅，謹此深表敬謝之意。填妥後請密封交給申請人。(未予密封並於封口簽名者，視為無效)

申請人曾修過您哪些課程？表現如何？

_____ 課程，表現 _____

_____ 課程，表現 _____

_____ 課程，表現 _____

就下列各方面而言，您對這位學生評價如何？(請打✓)

評估項目	特優	優	可	尚可	不清楚
品格					
人際關係					
努力程度					
發展潛力					

三、您推薦申請人的具體理由：

推薦人簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

所任科系及職稱：_____

學生接受聖母獎助學金服務契約書

立契約書人：聖母醫護管理專科學校（以下簡稱甲方）

護理科學生 君（以下簡稱乙方）

雙方本誠信原則簽訂本契約書，共同遵守下列條款：

一、乙方申請甲方所提供之聖母獎助學金，期間如下：

自____學年____學期起至____學年____學期止，合計：____學期。

二、乙方在學期間應遵守下列義務：

（一）嚴守校規、敦品勵學，維持接受獎助標準以上之成績。

（二）每學期積極參與合作醫院志工服務至少二十小時。

乙方在學期間違反前項義務者，甲方得停止或追回獎助學金。

三、乙方修業結束，願依規定，於畢業前十日至合作醫院人力資源室申請派職，以履行服務義務，期間如下：

自民國__年__月__日起至民國__年__月__日止，合計：____年____月。

乙方選定之合作醫院如下：

天主教靈醫會聖母醫院。

國立陽明醫學大學附設醫院。

前項合作醫院之選定，若服務期間，合作醫院無人力需求時，乙方經甲方同意，得選擇台灣東部其他醫院服務。

四、乙方履行服務期間應將月薪百分之五捐助給「聖母獎助學金」。

五、乙方違反服務義務者，甲方得追回所給與獎助學金。如未完全履行服務義務者，得依已服務期間之比例，追回所給與之部分獎助學金。

前項違約責任，乙方應另覓連帶保證人(應為乙方法定代理人或父母)一名，負連帶責任。

合作醫院不續聘乙方者，不受履行服務義務期間之限制。

六、乙方履行服務期間之工作內容，願意接受合作醫院指派。合作醫院應參考乙方之專業能力與意願派職。

七、乙方履行服務期間應比照合作醫院一般新進人員之薪給、考核，合作醫院不得無故扣減。

八、合作醫院於獎助學生履行服務期間表現良好者，應給予進修之機會。

九、本契約書一式三份，由甲乙雙方簽署外，並經合作醫院同意契約內容，甲乙雙方各執一份外，另份存於合作醫院，以昭公允。

甲方：聖母醫護管理專科學校	乙方姓名：(簽章)
代表人：(簽章)	身份證字號：
地 址：宜蘭縣三星鄉三星路2段265巷100號	戶籍地址：
合作醫院：	電 話：
代表人：(簽章)	乙方連帶保證人姓名：(簽章)
地 址：	與乙方之關係：
	身份證字號：
	戶籍地址：
	電 話：

中 華 民 國 年 月 日