

臺北市立聯合醫院提供院校長期照顧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	_____學校 _____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				
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"/> 本院提供院校長期照顧相關科系學生獎助金申請表- <u>第2次(含)以上領取者</u> <input type="checkbox"/> 申請之前一學期 <u>成績證明書(11001)</u> <input type="checkbox"/> 長期照顧相關科系 <u>在學證明(11002)</u> (以校方開立之證明為主，或學生證有註冊組戳章以證明當學期在學。) <input type="checkbox"/> 實習成績證明佐證 <input type="checkbox"/> 特定身分佐證 <input type="checkbox"/> 單一級證照(無則免附) <input type="checkbox"/> <u>領據正本</u>					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 長期照顧相關科系主任		
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)計三萬元整；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，受獎助者須於畢業日翌日起30日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，並依申請獎助學期數履行服務保證義務。
3. 受獎助者有以下情形，本院得解除契約，受獎助者應於本院解除契約之通知送達翌日起30日內無息返還已受領之全

部獎助金：(1) 修業期間因轉學、轉系致不符合申請資格者。(2) 修業期間被勒令退學、開除學籍、累積處大過處分、無故不就學或有其他違反校規情節重大之情形者。(3) 經發現未符合獎助條件或申請資格者。(4) 依契約第一條第一款規定向甲方申請審核未通過者。(5) 參加新進人員甄試未獲錄取，經通知再次參加甄試仍未合格者。(6) 服務保證義務未完成者。(7) 違反法令情節重大者。

4. 申請二學期以上獎助金者，應於學校每學期開學後 14 日內，繳交當學期在學證明及前一學期成績證明，填寫申請表，向本院申請當學期獎助金，經審核通過者，始續予發放當學期獎助金。
5. 有下列情形之一，檢附相關證明文件並經本院同意者，得展延甄試及報到期限：(1) 延長修業年限者，應繳交學校開立的延長修業年限證明 需有學校章戳及書面報告。(2) 應徵入伍服役者，應提出義務役證明及書面報告。
6. 未依期限甄試報到並至本院履行服務保證義務，亦未經本院同意展延期限者，應將所領取之獎助金全數無息返還。

檢附-申請之前一學期成績證明書，佐證資料

成績證明 - 黏貼處

檢附-長期照顧相關科系在學證明，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長期照顧相關科系學生獎助金新台幣三萬元

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長期照顧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 _____ 自動申請解除與臺北市立聯合醫院簽訂之臺北市立聯合醫院提供院校長期照顧相關科系學生獎助金服務契約，並同意 30 天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 _____ 解除與臺北市立聯合醫院簽訂之臺北市立聯合醫院提供院校長期照顧相關科系學生獎助金服務契約，並同意 30 天內無條件退還已領之獎助金計新台幣 _____ 萬元整 (請以國字填寫:零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟)。

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