

馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書

姓 名		☐ 男 ☐ 女	出 生 年 月 日	年 月 日	照 片 黏 貼 處
身分證字號			戶 籍 地		
聯絡電話	電話：_____ 手機：_____				
戶籍地址					
聯絡地址					
電子信箱 (請勿潦草)					
就讀學校	☐ _____ 學校 護理系/科 (☐ 大學 ☐ 二技 ☐ 四技 ☐ 學士後 ☐ 專科) ☐ 馬偕護理管理專科學校護理科				
年 級			班 級		
學業成績 70 分以上		實習成績 75 分以上		操行成績 75 分以上(含·或 甲等以上·未有大過 以上處分)	
欲申請獎助學金期間： ☐ 申請二學年獎助金(24 萬)服務二年 ☐ 申請一學年獎助金(12 萬)服務一年					
請您依意願勾選工作的院區 ☐ 均可 ☐ 台北院區(含兒醫) ☐ 淡水院區 註：派任會優先考慮填寫意願，但仍會以年度到職時之院區及科別出缺狀況調整。					
檢附資料： ☐ 馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書 ☐ 前一年成績證明書(二技生請附五專實習成績) ☐ 馬偕醫院獎助金申請推薦函			護理學系(科)主任 簽章		
審核結果： ☐ 審核通過 ☐ 審核不通過			護理部主任簽章		

馬偕紀念醫院獎助金申請推薦函

一、申請人填寫：

申請人姓名：_____申請院區：☐均可 ☐台北院區 ☐淡水院區
申請簽約年限：☐申請服務二年(24萬) ☐申請服務一年(12萬)

就讀學校：☐_____護理系(☐大學 ☐二技 ☐四技)_____年級
☐_____學校護理科(專科)_____年級

申請人連絡電話：_____

二、推薦者填寫：

您與申請者之關係：☐班導師 ☐授課老師，共教過申請人_____門課 ☐系(科)主任

您與申請者認識多久：_____年

您與申請者熟識之程度：☐極熟識， ☐熟識， ☐普通， ☐不甚熟識

三、請依您對申請者之了解，做一客觀評估：(請以打V方式表示)

項 目	評定等級							無法 評鑑
	傑出	優	良	中等	中下	差		
一般知識								
專業知識與技能								
對專業的投入								
誠實與責任感								
合作與人際關係								
問題解決能力								
溝通表達能力								
書面寫作能力								
組織能力								
創造力								
領導管理能力								
專業潛力								

四、綜合評語：(請您列出申請人之優點和缺點及其在學術上可能的潛力)

五、整體評估：☐極力推薦 ☐推薦 ☐免予推薦 ☐不推薦

推薦人簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

服務單位：_____

職稱：_____

地址：_____

連絡電話：_____

註：請填妥後，密封處簽章後交予被推薦人；未予密封之推薦函，視為無效，不予受理。