

臺北醫學大學護理學院拇山護理育才計畫獎助學金發放辦法

104 年 3 月 6 日系學生事務委員會新訂通過
105 年 12 月 14 日護理學院院務會議修訂通過
106 年 12 月 15 日護理學院院務會議修正通過
108 年 3 月 8 日護理學院院務會議修正通過
108 年 10 月 17 日護理學院院務會議修正通過
109 年 02 月 21 日護理學院院務會議修正通過
110 年 02 月 26 日護理學院院務會議修正通過
110 年 10 月 01 日護理學院院務會議修正通過
111 年 01 月 27 日學生事務會議新訂通過
111 年 06 月 23 日護理學院院務會議修正通過
111 年 07 月 25 日學生事務會議修正通過
113 年 01 月 08 日護理學院院務會議修正通過
113 年 07 月 25 日護理學院院務會議修正通過
113 年 07 月 29 日學生事務會議修正通過
114 年 08 月 12 日護理學院院務會議修正通過
114 年 09 月 15 日學生事務會議修正通過

第一條 (目的)

護理學院(以下簡稱本學院)為協助經濟弱勢學生完成學業，並培育成為具備專業知識技能、人文關懷素養及國際競爭力的優質專業照護人員，提供經濟弱勢學生獎助學金，特訂立「臺北醫學大學護理學院拇山護理育才計畫獎助學金發放辦法」(以下簡稱本辦法)。

第二條 (經費來源、獎助學金名額與金額)

經費來源由教育部大專校院高等教育深耕計畫經費、拇山護理新苗培育計劃獎助學金、護理學院研究及國際發展基金與拇山護理講座教授基金，名額與金額依當年度經費而定。

第三條 (申請條件、期限、金額)

申請條件，依下列(一)～(六)依序補助：

(一)助學生學習金：

1. 申請資格：凡本學院具學籍(不含在職生)之本國籍大學部學生，符合政府機關列冊之低收入戶、中低收入戶資格、持弱勢助學，或有特殊情事之證明同學。

2. 申請期限：第一學期（八月至次年一月）；新生自開學日起；第二學期（二月至七月）；應屆畢業生至畢業月份六月止。
3. 發放金額：每名每學年新台幣參萬元，並分別上、下學期發放；如有特殊情事得由審查委員另案討論。

(二)外國碩博士生研究生獎助金：

1. 申請資格：碩博士班二年級之研究生。
2. 申請期限：依校方規定之時程辦理。
3. 發放金額：依照校方A類與B類獎學金之校院系所分攤比例金額發放，至多受獎23個月。

(三)外國博士生全時研究生勵學金：

1. 申請資格：博士班三年級之研究生，前一學年學業平均成績八十五(含)分以上者。
2. 申請期限：申請人限於每學期開學後兩週內提出申請。
3. 發放金額：每名每月新臺幣壹萬陸仟元整。每六個月核發一次，共核發十二個月整。

(四)修讀雙聯學位之碩博班學生：

1. 申請資格：具學籍至盟校修讀雙聯學位並已完成申請教育部學海飛颺計畫之本國籍碩博班學生，且前一學年(期)學業平均成績八十五(含)分以上者。
2. 申請期限：符合申請資格者，申請人限於出發前三個月內提出申請。
3. 發放金額：每名每月新台幣捌仟元整，每六個月核發一次，共核發十二個月整為原則。

(五)本國博士生全時研究生勵學金：

1. 申請資格：博三之全時研究生，全時研究生定義為投入研究的時間為週一至週五白天。
2. 申請期限：申請人限於每學期開學後兩週內提出申請。
3. 發放金額：每名每月核發勵學金參萬元，每次獎勵一學期。

(六)本國碩士生全時研究生勵學金：

1. 申請資格：碩二之全時研究生，全時研究生定義為投入研究的時間為週一至週五白天。受獎後仍得擔任本校兼任研究助理。

2. 申請期限：申請人限於每學期開學後兩週內提出申請。
3. 發放金額：每名每月核發勵學金壹萬貳仟元，每次獎勵一學期。

第四條 (取消受獎資格)

- (一)獲獎學生當年度未完成註冊、辦理保留入學資格、中途終止於本學院就讀(包含轉系、轉學離校、休學、退學等)、有行為不當有損校譽或未依境外研修作業要點下出國經查屬實者，其獎助學金之發放亦同時終止，不在台灣期間不予發放。受獎者經查申請過程若有偽造或不實之情事，撤銷其受獎資格，已領取之獎學金應予繳回。
- (二)受獎人同時依「臺北醫學大學執行國科會博士生研究獎學金試辦方案施行辦法」或「臺北醫學大學執行教育部博士生獎學金補助施行辦法」獲獎者，僅得擇一領取。
- (三)逾期未申請或逾期申請者視同放棄。

第五條 (申請方式)

申請人備齊下列文件至各學系提出申請：

(一)本國籍大學部學生：

1. 申請表(如附件一)
2. 學生證正反面影本(已蓋註冊章)
3. 前學年成績單正本(一年級學生免繳)
4. 符合申請條件之相關證明。

(二)博士班外國學生：

1. 申請表(如附件二)。
2. 研究計畫一份
3. 博士班成績單一份
4. 未獲其他獎助學金之切結書(附件三)。

(三)修讀雙聯學位之碩博班學生：

1. 申請表(如附件一)
2. 學生證正反面影本(外國學生免繳)
3. 前學年成績單正本(外國學生、一年級學生免繳)
4. 就讀雙聯學位相關證明
5. 教育部學海飛颺計畫申請證明(外國學生免繳)
6. 符合申請條件之相關證明。

第六條 (拇山護理育才計畫獎助學金審查小組)

本辦法設拇山護理育才計畫獎助學金審查小組，置委員五至七人，各系所主管為當然委員，其他委員由院長自各學系、學位學程遴聘教師代表若干名。另指定其中一人為召集人。

第七條 (審核標準)

(一)本國籍大學部學生：

1. 家庭經濟收入狀況(50%)
2. 學業成績(20%)
3. 其他獎助學金領取狀況(20%)
4. 學習歷程(10%)

(二)博士班外國學生在學助學金：

1. 家庭經濟收入狀況(60%)
2. 博士班在學成績(30%)
3. 研究計畫書及學習歷程(10%)

(三) 修讀雙聯學位之本國籍碩博班學生：

1. 學業成績(30%)
2. 家庭經濟收入狀況及其他獎助學金領取狀況(40%)
3. 學習歷程(30%)

(四) 至本學院修讀碩博班雙聯學位之外國學生：

1. 家庭經濟收入狀況(40%)
2. 學士班或碩士班成績(30%)
3. 研究計畫書及學習歷程(30%)

第八條 (特殊情事)

如有特殊情事得以專案申請，由院長召開審查委員會另案討論。

第九條 (核發程序)

審定後，由學院通知獲領人並造冊核發。

第十條 (未盡事宜)

本辦法未盡事宜，應依本校相關規定辦理。

第十一條 (核決權限)

本辦法經院務會議通過，並送學生事務會議核定後公告施行，修訂時亦同。

附件一

臺北醫學大學護理學院拇山護理育才計畫獎助學金 申請表

學生姓名		學號	
身分證字號		年級	
聯絡電話	(H) : (O) :	手機	
學習歷程 (含修課、實習、工讀、社團、競賽、證照紀錄等)			
應檢附文件	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 學生證正反面影本 <input type="checkbox"/> 前學年成績單正本(一年級學生免繳)，附排名。 <input type="checkbox"/> 就讀雙聯學位相關證明(碩博生) <input type="checkbox"/> 教育部學海飛颺計畫申請證明(碩博生) <input type="checkbox"/> 符合申請條件之相關證明。		
導師/ 指導教授評語			

核定結果	<div><input type="checkbox"/>通過</div> <div>核定金額：_____</div> <div><input type="checkbox"/>不通過</div> <div>年 月 日</div>	護理學院 院長簽核	年 月 日
------	---	--------------	-------

Application Form for Taipei Medical University College of Nursing Scholarship

Instructions

This application form should be typed and completed by the applicant. Each question must be answered clearly and completely. Detailed answers are required in order to make the most appropriate arrangements. If necessary, additional pages of the same size may be attached.

Personal Information

Name		Student ID Number	
Date of Birth	(dd/mm/yyyy)	Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Email		Nationality	
Permanent Address		Telephone	
Mailing Address		Mobile	

Educational Background

Level	Institution	City, Country	Period of Enrollment
Secondary Education			
Undergraduate Education			
Graduate Education			

Previous Employment (Use one line for each position)

Position	Company/Organization	Period of Enrollment	Responsibilities

Declaration

I declare that the information I have given on this application is complete and accurate to the best of my knowledge.

Applicant's Signature:	Date: ____/____/____
------------------------	----------------------

Application Process

Advisor (Signature)	Date: ____/____/____
----------------------------	----------------------

Administrative Faculty (Signature)	Date: ____ / ____ / ____
Chair, School of Nursing (Signature)	Date: ____ / ____ / ____
Dean, College of Nursing (Signature)	Date: ____ / ____ / ____

【Officers Only】 Attachment Check List -----

- ☐ Admission letter approving Type C TMU International Student Scholarship
- ☐ A research proposal
- ☐ An official transcript from master's degree program
- ☐ International Ph.D. Student Scholarship Agreement Form

TMU College of Nursing,

International Student Scholarship Agreement Form

Name		Passport No.		Student ID No.	
Institute and Year				Phone Number	
Address					
Required Document	Copy of the Account				

READ CAREFULLY

By signing this agreement, the student acknowledges that the offer of International Ph.D. Student Scholarship (shown in detail on International Ph.D. Student Scholarship Regulations) for the _____(yyyy) academic year. The student understands and agrees that the funding is to be used for educational related expense at TMU, College of Nursing, School of Nursing. Additionally, the student agrees to abide by the following requirements/terms:

1. I understand that I must submit all required documents to the administration office of College of Nursing before my scholarship fund disburse to my bank account.
2. I understand that the scholarship funds are **adjustable**.
3. I understand that the duration of the scholarship is **one year**.
4. I understand that by accepting the scholarship, I must decline any grant-based aid from other resources, including federal, state, University College and institution.
5. I understand that I have the right to decline any specific scholarship award, and that by doing so, I am financially responsible for any remaining balance owed to TMU College of Nursing, School of Nursing.
6. I understand that **I am obligated to return the funds to TMU College of Nursing, School of Nursing if I violate the previous requirements/terms or do not qualify for the scholarship.**
7. I understand the terms contained herein are contractual and not a mere recital; that I have read this Agreement with full knowledge of its significance; and I have signed this Agreement at my own free will.

STUDENT NAME (PRINT): _____

STUDENT ID: _____

STUDENT SIGNATURE: _____

DATE: _____

以下欄位由承辦單位填寫

承辦人：

系所主管：

院長：

初 審
意 見

☐ 符合申請資格

☐ 未符合申請資格